ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉES

Par le docteur A. DOYON

PRINCIPAUX COLLABORATEURS :

MM. BASSEREAU, BAUMÈS, BAZIN, BERGERON, BOUCHARD, CALVO, CLERC, DEVERGIE, DIDAY, DRON, ALFRED FOURNIER, GAILLETON, GARIN, GUBLER, GUÉRARD, GUIBOUT, HARDY, HEBRA, HILLAIRET, JEANNEL, G. LAGNEAU, LAILLER, LANCEREAUX, LE BRET, H. LEE, L. LE FORT, LIÉGEOIS, AIMÉ MARTIN, DE MÉRIC, PELIZARRI, PH. RICORD, RODET, ROLLET, SAINT-CYR, DE SEYNES, ETC.



PREMIÈRE ANNÉE

90153

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1869

INTRODUCTION

Chaque classe, chaque groupe d'affections spéciales ayant aujourd'hui son organe de publicité, on peut, à bon droit, s'étonner que les maladies vénériennes et cutanées soient encore, chez nous, à en attendre un digne de leur importance.

S'il ne paraît pas un seul journal sans que son prospectus ne nous révèle à quel point *le besoin s'en faisait sentir*, quel sujet plus que celui dont nous parlons autoriserait à le répéter?

La fréquence de ces maladies, leurs dangers pour l'individu et pour la famille, leur transmissibilité par hérédité ou par contact, les graves questions administratives, judiciaires, sociales que journellement elles soulèvent, justifieraient seuls l'emploi à leur égard de cette formule banale. Mais il y a plus, et c'est leur nature même qui les recommande d'une façon particulièrement pressante à l'attention du publiciste.

Si, effectivement, dans les sciences naturelles, la con-

dition essentielle de stabilité et de progrès est de procéder du connu à l'inconnu, laquelle de nos spécialités médicales oserait, à cet égard, lutter avec la dermato-syphiligraphie ? « Nous seuls, comme disait si bien le professeur Andral, nous seuls *voyons* la cause et le commencement de la maladie que nous traitons. » Car, virus, contagium ou diathèse, cette cause, toujours identique en elle-même, n'a rien de l'éventuel, de la contingence qui, dans le reste de la pathologie, domine et obscurcit toute question étiologique.

Mais ce n'est pas tout : l'évolution de *nos maladies* n'est pas moins fixe que leur point de départ. Comme d'une graine déposée en terre, on sait d'avance ce qu'il adviendra d'une gouttelette blennorrhagique ou chancreuse, d'un acarus, d'un trychophyton. On le sait, on peut le prédire à coup sûr, à heure fixe ; et cette notion positive du cours spontané du mal devient un infaillible critérium de l'efficacité de telle ou telle des méthodes ou des panacées proposées pour le guérir.

Quand une maladie a dans son histoire empirique des chapitres aussi arrêtés, son dogme n'est pas loin de s'asseoir sur une base stable. « Point de fait bien précisé, besogne aux trois quarts faite », disent les magistrats.

Or, ce qui inspire leurs arrêts peut non moins sûre-

ment dicter nos *lois*. Aussi la pensée de donner aux problèmes médicaux une solution définitive et de donner cette solution par le journalisme, a-t-elle particulièrement souri aux spécialistes *de la spécialité*. C'est cet espoir que caressait notre honorable prédécesseur, le docteur A. Cazenave, lorsque fondant, il y a vingt-cinq ans, les *Annales de la syphilis et des maladies de la peau*, il limitait explicitement d'avance à un laps de temps déterminé la durée de cette publication : « Je ne viens pas offrir aux médecins », écrivait-il dans sa préface, « un journal dont l'existence serait illimi- » tée ; c'est une publication qui ne doit durer que le » temps d'atteindre son but, ou au moins d'amasser » tous les matériaux qu'elle devra fournir. Au bout de » six ou huit ans, époque la plus reculée de son exis- » tence, elle devra former un recueil où, à défaut de » solution complète, les médecins trouveront au moins » des faits, des documents précieux, propres à les aider » à résoudre les problèmes si difficiles qui se présentent » dans la double voie que je me suis tracée. » (Page 3.)

M. Cazenave avait raison de compter sur l'efficacité d'un pareil instrument. Quand les faits, étant bien constatés, il n'y a plus de divergence que sur leur interprétation, c'est au journal de prendre la parole : car, sur des questions parvenues à un tel degré de maturité,

la controverse est seule puissante, en même temps qu'elle est toute-puissante.

Or, pour en réaliser les pleins effets, pour réunir tous les documents, pour utiliser, au triomphe de la vérité, non-seulement les preuves directes mais l'accord des autorités, pour faire que ce consensus soit rendu palpable par les arguties, les tergiversations des opposants, par leur silence même, le journal remplace tous les livres et rien ne remplace le journal. Ouvrir un large et retentissant champ clos, c'est hâter les solutions de toute la puissance du défi. Ne peut-on, en effet, appeler un défi, défi permanent, défi indéclinable, cette tribune accessible pour quiconque l'aborde à armes courtoises? Plus l'hospitalité y est libérale, plus on serait inexcusable de la refuser sans motifs; et plus, par conséquent, la vérité bénéficie de l'absence comme de la présence de ceux que l'opinion y appelle. Là, en pleine lumière, dans ce conflit de doctrines amenées, tenues en contact, de champions qui ne peuvent se dérober, il faut qu'il y en ait un de vainqueur. Et l'issue sera d'autant plus prompte, d'autant plus significative, que, ordinairement, nos champions, à nous, s'entendent mieux sur les conditions préliminaires de la lutte.

Il n'y a pas besoin d'être spécialiste, il suffit d'avoir

accidentellement ouvert l'un des traités le plus récemment écrit sur les maladies vénériennes ou cutanées pour sentir à quel point l'étude de ces maladies justifie les remarques précédentes, à quel point la confusion qui tend à s'y épaissir appelle la discussion : discussion calme, raisonnée, approfondie, mais discussion de fond, pied à pied, qui ne provoque que pour unir, ne démolit que pour consolider. A ce titre, entre la science et son organe, le service est réciproque ; — et nous sommes bien fondé à le dire en songeant à l'abondance des matériaux qui nous sont promis, ainsi qu'à la profondeur de l'abîme qu'ils doivent combler, — si aujourd'hui un journal peut avec confiance s'appuyer sur la dermato-syphiligraphie, à son tour la dermato-syphiligraphie a grand besoin de s'appuyer sur un journal.

C'est dans cette vue, dans cet espoir, que nous avons voulu donner à l'étude de la spécialité l'organe qui lui manque. Il fallait bien que l'importance du but ne nous préoccupât pas seule ; car à notre premier appel ont répondu, sans une exception, toutes les notabilités françaises et étrangères sur le concours desquelles nous aimions d'avance à compter. Fier d'être entre ces hommes d'élite un trait d'union, — et notre ambition ne va pas au delà — nous leur devons, comme nous nous devons à nous-même, l'abnégation la plus entière de

toute préférence personnelle, de tout sentiment contraire à la libre manifestation de la vérité. Aussi le programme des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* est-il un programme libéral dans l'acception intégrale du mot.

La marche vers le progrès, dans un journal, s'opère par les mémoires originaux et par le travail de critique. Dans ces deux sections, liberté entière sera donnée à toutes les opinions de se produire, aux polémiques de toute espèce de se poursuivre. La *Rédaction du journal* ne renonce point à intervenir dans celles des questions où elle se juge en possession d'un critérium suffisant, non plus que dans les controverses où l'intérêt de la vérité ne lui paraîtrait pas convenablement sauvegardé; mais envers elle, Rédaction, comme entre les contendants, le droit de réponse des tiers est absolu, indéfini. Ce n'est que par ce principe strictement observé qu'on peut, sinon parvenir toujours à la vérité, du moins fermer la bouche à l'erreur.

Quant à notre critique, elle ne se bornera point à une œuvre d'appréciation *ex cathedra*, travail oiseux et le plus souvent stérile. Le nombre, le choix, la position de nos collaborateurs, mettent entre nos mains un moyen de contrôle moins sommaire et moins contestable. Toutes les fois qu'une méthode nouvelle de

diagnostic, que des données statistiques inédites, qu'un agent ou un procédé thérapeutique originaux seront proposés, ce n'est pas la plume plus ou moins compétente d'un analyste qui les jugera : c'est par la pratique même, le plus souvent à l'hôpital, qu'ils seront d'abord vérifiés, essayés en public. Ce qu'un inventeur promet au nom de l'observation, l'observation seule aura à dire s'il est en mesure de le tenir; avant de prononcer, elle se placera dans les conditions ou l'auteur a opéré lui-même. Ni le temps, ni les divers moyens d'analyse, par le microscope, par les réactifs, par la chimie, par l'histoire, etc., ne seront épargnés pour cet incessant contrôle du mouvement de la presse par la méthode expérimentale. Et si, comme toute sentence, l'arrêt rendu prête à la résistance, à la critique, nul du moins ne sera admis à y faire opposition pour défaut d'instruction préalable.

En même temps qu'ouverte à toutes les doctrines, nos *Annales* le sont à toutes les nationalités. Les productions spéciales étrangères seront, selon leur importance, ou traduites ou analysées avec les mêmes développements que les travaux indigènes. Car nous fondons ce recueil afin d'y réunir tous les documents afférents à la spécialité, documents à la recherche desquels jusqu'ici il fallait aller en compulsant les comptes ren-

dus académiques, les livres et les journaux de tout pays. Aussi voulons-nous, et nous sommes-nous assuré de pouvoir faire une œuvre cosmopolite.

Tel étant notre but, la revue de la littérature étrangère ne sera point chez nous une section à part, elle tiendra son rang au même titre, avec la même étendue que les œuvres signées de nos compatriotes les plus recommandables.

Dr A. Doyon.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DU RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

PAR ALFRED FOURNIER

Médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de Paris.

Malgré les nombreux travaux auxquels elle a donné naissance, l'histoire du rhumatisme blennorrhagique offre encore nombre de lacunes à combler, nombre de points obscurs, contestés et contestables, nombre de questions difficiles et délicates sur lesquelles la science est loin d'être fixée. Elle contient aussi déjà, je dois le dire, des confusions et des erreurs regrettables, dues spécialement à ce fait que certains auteurs ont attribué au rhumatisme blennorrhagique les symptômes et les caractères du rhumatisme simple venant à compliquer par aventure une blennorrhagie, et n'étant relié à cette dernière affection par aucun rapport pathogénique.

C'est dire que le sujet auquel seront consacrées les pages

qui vont suivre est loin d'être épuisé ; c'est dire encore que, dans l'état actuel de nos connaissances, il importe de préciser et de fixer, par des observations multiples et minutieusement étudiées, la symptomatologie réelle de cette maladie, pour la compléter sur quelques points, comme aussi pour en élaguer les éléments étrangers qui, dans ces derniers temps surtout, y ont été artificiellement introduits.

Je ne me propose pas de tracer ici un tableau complet non plus qu'un exposé dogmatique de cette affection, ce qui serait refaire en partie l'œuvre d'autrui et répéter ce que moi-même j'ai écrit ailleurs (1). Je désire simplement aborder certains points de ce sujet éminemment complexe, et, laissant de côté ou ne faisant qu'effleurer les questions connues, insister spécialement sur quelques particularités de notion nouvelle, bien dignes à coup sûr d'attention et d'intérêt.

I

ÉTIOLOGIE.

L'étiologie du rhumatisme blennorrhagique est loin encore d'être fixée. Tout ce qu'on en sait aujourd'hui se résume aux quelques points suivants :

1° La blennorrhagie (2) est la cause essentielle, efficiente, indispensable, des accidents rhumatismaux dont l'ensemble compose ce qu'on appelle le rhumatisme blennorrhagique ; c'est elle qui les détermine, et elle suffit *par elle seule* à les produire, indépendamment du concours de toute autre provocation appréciable. Réciproquement, ces accidents ne se manifestent jamais en dehors de la blennorrhagie ; sous la forme et avec les symptômes qui lui sont propres, l'affection

(1) Voyez *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. V, p. 224.

(2) Il serait peut-être plus exact de substituer ici au mot de blennorrhagie celui de *lésion* ou d'*irritation uréthrale*. Mais je réserve pour l'instant ce point délicat que je me propose de discuter dans une autre partie de ce mémoire.

dite rhumatisme blennorrhagique ou uréthral ne se manifeste jamais que coïncidemment avec une blennorrhagie.

2° C'est la blennorrhagie *uréthrale* seule qui s'accompagne de cette complication.

3° Il existe chez certains sujets une *prédisposition* inconnue, insaisissable, mais très-réelle, à cette variété d'accidents ; prédisposition telle, idiosyncrasie tellement puissante que, chez les malades aussi malheureusement doués, chaque blennorrhagie nouvelle est l'origine presque fatale d'un nouveau rhumatisme.

4° Le rhumatisme blennorrhagique se produit *chez la femme* comme chez l'homme.

Telles sont, en laissant de côté quelques détails d'ordre secondaire, les seules données que nous possédions aujourd'hui sur l'étiologie de cette curieuse affection.

A cela, toutefois, nous devons joindre encore cette notion à laquelle, bien que négative, se rattache un intérêt majeur. C'est que les causes habituelles du rhumatisme vulgaire n'exercent aucune influence sur la production du rhumatisme blennorrhagique. Le froid, les refroidissements, l'humidité, etc., qui jouent un si grand rôle dans l'étiologie du premier, sont absolument étrangers au développement du second.

Justifions les propositions qui précèdent.

I. La blennorrhagie, ai-je dit, est la cause essentielle, efficiente et indispensable des accidents groupés sous la dénomination de rhumatisme blennorrhagique ; et, de plus, elle suffit par elle seule à les produire sans le concours d'aucune autre cause appréciable. Cela ressort de la clinique.

D'une part, en effet, on n'observe jamais ce rhumatisme qu'en compagnie d'une blennorrhagie, d'une lésion ou d'une inflammation suppurative de l'urèthre.

D'autre part, on le voit souvent se manifester sur des sujets qui, en dehors de leur blennorrhagie, sont absolument in-

demnes de tout autre état et de toute autre prédisposition morbide, qui même ne se sont exposés à aucune influence morbifique. Comme exemple, je citerai le fait d'un jeune homme très-bien constitué, très-fort, non rhumatisant par lui-même et de souche non rhumatisante, lequel, cruellement éprouvé par deux blennorrhagies antérieures compliquées de rhumatisme, se confina chez lui dès le premier jour d'une troisième blennorrhagie, à l'abri par conséquent du froid, de l'humidité, des variations atmosphériques, des excitations, de la fatigue, etc. Il ne traita sa blennorrhagie que par des tisanes ; il s'imposa un régime sévère, une hygiène des plus scrupuleuses ; et malgré toutes ces précautions, il ne fut pas moins affligé d'un troisième rhumatisme, uniquement et exclusivement imputable au seul fait de la blennorrhagie.

II. La blennorrhagie uréthrale est ou paraît être la *seule* de toutes les blennorrhagies qui s'accompagne de complications rhumatismales. Cela encore est un résultat de l'observation clinique.

Pour ma part, je n'ai jamais observé ces complications qu'avec une blennorrhagie *uréthrale* ou à la suite d'excitations intéressant directement l'urèthre. Jamais il ne m'a été donné de les rencontrer coïncidemment avec aucun de ces états morbides appelés à tort ou à raison blennorrhagies du gland (*balanite*), du prépuce (*posthite*), du prépuce et du gland (*balano-posthite*), de la vulve, du vagin, du col utérin, etc.

Pour la balano-posthite, par exemple, j'ai sous la main en ce moment plus de deux cents observations de cette maladie, comprenant les cas les plus divers comme forme et comme degré, depuis la simple desquamation partielle de la rainure jusqu'à la phlegmasie générale et gangréneuse, aboutissant à la perforation du prépuce et à l'escharification du gland. Or, c'est vainement que je recherche dans ces notes, très-scrupuleusement recueillies, la mention d'un seul accident rhumatismal

analogue à ce qui se produit d'une façon assez commune avec la blennorrhagie de l'urèthre.

Il y a plus, c'est que toutes les phlegmasies de l'urèthre ne *semblent pas être également aptes à provoquer le développement du rhumatisme*, à en juger du moins d'après les faits que j'ai recueillis jusqu'à ce jour. Ainsi, j'ai vu nombre de fois cette complication surgir à la suite de la blennorrhagie vraie ; j'ai vu encore en quelques occasions des arthrites succéder à l'irritation produite sur l'urèthre par le cathétérisme. Mais je n'ai jamais rencontré d'accidents semblables coïncidemment avec l'uréthrite catarrhale, pas plus qu'avec les uréthrites herpétiques, goutteuses ou autres, non plus encore qu'avec cette variété si commune et si rebelle d'écoulements gris et aqueux auxquels M. Diday a donné le nom d'*urétrorrhées.* A ce propos même, je puis citer quelques faits très-dignes d'attention et pleinement confirmatifs de mon dire. Plusieurs de mes malades, chez lesquels le rhumatisme s'est reproduit comme fatalement à l'occasion de chaque blennorrhagie nouvelle, ont contracté des uréthrites qui ne se sont pas accompagnées du moindre accident rhumatismal. Tels sont, comme exemples, les deux cas suivants :

Obs. I.—Un jeune homme, dont je raconterai plus tard l'histoire en détail, contracta, à quelques années de distance, *trois* blennorrhagies qui se compliquèrent toutes trois d'accidents rhumatismaux assez sérieux. Entre sa seconde et sa troisième blennorrhagie, il fut affecté d'une *uréthrite simple* consistant en ceci : écoulement grisâtre, opalin, aqueux, assez abondant, faisant sur le linge des taches assez analogues à celles du sperme ; quelques-unes de ces taches seulement, examinées à contre-jour, présentent une teinte très-légèrement jaunâtre ; la goutte matinale est plus nettement jaune et purulente ; aucune douleur dans la miction. — Cette uréthrite guérit en quatre semaines sans éveiller vers les jointures, ni ailleurs, le moindre phénomène rhumatismal.

Obs. II. — I...., jeune homme très-lymphatique, mais d'assez bonne santé habituelle, non rhumatisant par lui-même et né de parents qui n'ont jamais eu de rhumatisme, a contracté dans l'espace de cinq à six années *quatre blennorrhagies, qui se sont toutes quatre accompagnées d'accidents rhumatismaux.* Voici le sommaire de ces accidents :

En 1861, première blennorrhagie. — Double ophthalmie rhumatismale ; douleurs articulaires multiples ayant tenu le malade au lit pendant trois mois. (Je n'ai pas assisté à ce premier rhumatisme.)

En juin 1862, seconde blennorrhagie. — *Second rhumatisme* : arthrite aiguë d'un genou; double ophthalmie.

En septembre 1862, troisième blennorrhagie. — *Troisième rhumatisme* : arthrite violente du genou droit; douleurs dans l'articulation coxo-fémorale gauche, dans l'articulation sacro-iliaque, dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et dans le métartase; double ophthalmie métastatique, n'intéressant que la conjonctive; arthropathies multiples des doigts, du coude et du genou gauche. Cinq mois de séjour au lit; guérison, avec roideurs articulaires qui ne se dissipent qu'après deux ou trois mois.

En août 1865, quatrième blennorrhagie. — *Quatrième rhumatisme* : hydarthrose considérable d'un genou; douleurs musculaires (lombes, muscle grand pectoral); douleurs sous le pied, au niveau des articulations métatarso-phalangiennes des deux derniers orteils; douleur, en un point circonscrit, sur une côte, près du sternum. L'hydarthrose passe à l'état chronique, après avoir résisté aux médications les plus énergiques. — Perdu de vue.

Or, dans l'intervalle de sa troisième et de sa quatrième blennorrhagie, ce malade fut affecté, en mars 1865, d'une uréthrite qui présenta les symptômes suivants :

Apparition, le 3 mars, d'un suintement uréthral, consistant en un liquide grisâtre et gommeux. Dernier rapport sexuel remontant exactement à vingt jours (11 février).

Ce suintement résiste à diverses médications (copahu, cubèbe, injections astringentes, eau de goudron, eau d'Enghien, etc.). Il n'est influencé par aucun traitement et persiste plusieurs semaines en conservant exactement les mêmes caractères. Il est absolument indolent. Il consiste, dans la journée, en une simple humidité aqueuse, transparente ou opaline, un peu visqueuse. Il laisse sur le linge des taches grisâtres. Le matin seulement, après plusieurs heures passées sans miction, il fournit une goutte qui, essuyée sur un linge, présente une tache grisâtre à centre jaune.

Guérison en mai. Nul accident vers les jointures, les yeux, les synoviales tendineuses, etc.

Ces deux observations et d'autres semblables qu'il serait superflu de citer témoignent donc de ce fait curieux, qu'*une uréthrite simple ne détermine pas de rhumatisme*, même chez ces sujets si singulièrement doués pour lesquels chaque blennorrhagie est prétexte à une explosion rhumatismale. Cette particularité m'a frappé plusieurs fois, et j'appelle sur ce point l'attention de mes lecteurs.

III. La prédisposition tout individuelle de certains sujets aux accidents du rhumatisme blennorrhagique repose aujourd'hui sur un nombre d'observations qui la rend indéniable. J'ai

vu, pour ma part, plus d'une vingtaine de malades qui ne pouvaient contracter une blennorrhagie sans être affectés de rhumatisme. C'était pour eux-mêmes chose connue, à ce point que plusieurs d'entre eux venaient réclamer mes soins non pas tant pour leur blennorrhagie que pour leur rhumatisme à venir. « Docteur, me disait l'un d'eux récemment, j'ai le malheur d'avoir pris une nouvelle chaudepisse ; dans quinze jours j'aurai *mon* rhumatisme, cela est immanquable ; donnez-moi quelque remède pour le prévenir ? » Et comme la prophylaxie de cette complication nous fait encore défaut, quelques jours plus tard le rhumatisme faisait son explosion prévue.

A ce point de vue, il ressort ceci de mon observation personnelle, c'est que :

1° Si tel malade a été affecté une première fois d'un rhumatisme blennorrhagique, on peut lui prédire qu'une seconde blennorrhagie sera *très-probablement* suivie de la même complication.

2° Si tel autre a été affecté deux ou trois fois de suite de rhumatisme à propos de deux et trois blennorrhagies consécutives, on peut lui annoncer que presque *fatalement* ses blennorrhagies à venir seront accompagnées des mêmes accidents.

Il est ainsi des malades qui, ayant contracté cinq ou six blennorrhagies bien distinctes, ont été pris cinq ou six fois de suite, coïncidemment, de manifestations rhumatoïdes. Il en est d'autres qui, affectés d'écoulements uréthraux chroniques sujets à recrudescences, voient renaître des accidents rhumatismaux à chaque exacerbation de la phlegmasie uréthrale. J'ai observé quelques faits de ce genre, et Brandes a même avancé, dans son très-remarquable travail, que ces accidents peuvent se manifester à nouveau *sans écoulement* sous la seule influence d'une « uréthrite sourde » persistante, ce que, pour ma part, je n'ai pas encore constaté. « On voit des malades, dit-il, affectés d'abord de rhumatisme blennorrhagique, subir, à diverses reprises, des rechutes de douleurs articulaires sans

qu'une blennorrhagie aiguë semble s'être reproduite. Dans ces cas, le médecin doit se garder d'une cause d'erreur, et ne pas confondre ces récidives avec des attaques de rhumatisme simple. Une observation plus attentive enseigne, en effet, que le plus souvent il est resté, après la période d'acuité, une uréthrite sourde dont les paroxysmes coïncident avec le retour des douleurs. » Brandes cite à l'appui de son dire le fait d'un malade qui, nombre de fois affecté de rhumatisme blennorrhagique, était très-souvent repris de douleurs articulaires, bien que « quelquefois il ne présentât pas d'écoulement ».

De trop nombreux exemples de ces récidives multiples du rhumatisme blennorrhagique sur le même sujet existent déjà dans la science pour qu'il soit nécessaire d'en citer ici de nouveaux. Plusieurs, au reste, intéressants à d'autres points de vue, se trouveront relatés en détail dans le cours de ce mémoire.

Toutefois, il ne faut rien exagérer. La manifestation d'accidents rhumatismaux dans le cours d'une blennorrhagie n'implique pas d'une façon nécessaire la reproduction des mêmes phénomènes dans les blennorrhagies ultérieures. J'ai vu quelques sujets, éprouvés une première fois, rester exempts une seconde et même une troisième. De même, l'immunité dans une première et une seconde chaudepisse n'est pas une garantie assurée pour l'avenir. Quelques-uns de mes malades, qui avaient eu d'abord des blennorrhagies sans rhumatisme, furent affectés plus tard de rhumatisme dans le cours de leurs dernières chaudepisses. Mais ce sont là des cas bien plus rares que ceux dont il vient d'être fait mention, et qui n'infirment en rien la règle formulée précédemment.

IV. L'influence du *sexe* mérite de nous arrêter quelque peu dans cette revue étiologique.

Jusqu'à ces dernières années, le *rhumatisme blennorrhagique de la femme* était considéré comme une rareté pathologique, comme une véritable exception aux faits d'observation

courante. Il n'en existait, en effet, dans la science qu'un très-petit nombre d'exemples, dont quelques-uns même pouvaient être contestés. Et, chose plus remarquable encore, certains auteurs très-compétents (Foucart, Brandes, Rollet, Potton, Diday, etc.) disaient n'avoir jamais eu l'occasion d'en rencontrer *un seul cas* dans toute leur pratique.

J'ai partagé, au début de mes recherches, cette croyance générale à l'excessive rareté du rhumatisme blennorrhagique de la femme. Mais l'expérience est venue m'éclairer, et des faits dont je vais rendre compte m'ont démontré que la blennorrhagie uréthrale de la femme peut, comme celle de l'homme, se compliquer d'accidents rhumatismaux, et cela non pas exceptionnellement, mais d'une façon même assez commune.

En peu de temps, en effet, j'ai rencontré chez la femme *sept cas* aussi nets, aussi franchement accusés que possible, de rhumatisme blennorrhagique. Les citer tous ici serait abuser de l'hospitalité que m'accorde ce journal ; qu'il me soit permis, du moins, d'en soumettre quelques-uns comme exemples à l'appréciation du lecteur, pour ne laisser aucun doute sur la nature des accidents.

OBS. III. — *Rhumatisme blennorrhagique observé chez une femme, et siégeant principalement dans les tendons extenseurs des doigts.* — S. A..., âgée de vingt-neuf ans, chemisière, est admise à l'Hôtel-Dieu le 25 juillet 1866. C'est une femme de tempérament lymphatique, de constitution médiocre. Elle accuse comme antécédents morbides une variole et une rougeole. L'année dernière, elle a fait une fausse couche et a été affectée consécutivement d'une albuminurie qui a duré plusieurs mois. Elle n'a jamais eu de rhumatisme ; elle n'est pas sujette aux douleurs rhumatismales. Elle nie tout antécédent vénérien.

Elle raconte que dix jours environ avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise de douleurs assez vives siégeant au niveau de l'articulation coxo-fémorale; que ces douleurs disparurent après deux ou trois jours, pour se porter dans l'un des genoux, puis dans le doigt annulaire de la main gauche. Du reste, elle n'a pas eu de fièvre, elle n'a pas perdu l'appétit. Tout son mal, dit-elle, consiste dans les douleurs pour lesquelles elle vient réclamer nos soins.

A la visite du 26 juillet, nous constatons l'état suivant : apyrexie ; état normal des grandes fonctions ; appétit légèrement diminué. Tuméfaction très-légère du genou droit, sans changement de coloration des téguments; douleurs très-vives à la pression au niveau du sommet

de la rotule et sur le bord externe de cet os ; mouvements de l'articulation difficiles et douloureux.

Tuméfaction considérable et aspect phlegmoneux de toute la face dorsale du métacarpe gauche, spécialement dans sa moitié cubitale ; rougeur des téguments à ce niveau, avec empâtement œdémateux ; douleur vive à la pression. Un examen minutieux nous montre que cette douleur siége exclusivement sur le trajet des tendons extenseurs de l'annulaire et de l'auriculaire. La pression exercée sur ces mêmes tendons, au niveau des phalanges, est douloureuse, mais à un bien moindre degré. Les doigts annulaire et auriculaire sont maintenus dans l'extension ; si l'on cherche à leur imprimer le moindre mouvement, on détermine aussitôt une douleur des plus vives qui arrache un cri à la malade. Le poignet est un peu tuméfié à sa face dorsale, mais les mouvements de l'articulation radio-carpienne sont intacts.

Cet ensemble de symptômes présentait une analogie telle avec plusieurs cas de rhumatisme blennorrhagique qui s'étaient offerts à mon observation dans des conditions identiques de siége et de forme, qu'*à priori* je soupçonnai, j'affirmai presque la nature blennorrhagique de cette affection. J'interrogeai la malade dans ce sens. Tout d'abord, vives dénégations, puis aveux complets. Je constatai sur la chemise de nombreuses taches purulentes et verdâtres. L'examen direct fut alors pratiqué et révéla, comme je l'avais supposé, l'existence d'une blennorrhagie uréthrale des plus évidentes. Je fis sourdre de l'urèthre, par une pression légère exercée d'arrière en avant, une grosse goutte de pus verdâtre. Le vagin était sain ; le col utérin présentait une excoriation superficielle et limitée. De plus, le toucher nous apprit que cette femme était enceinte de quelques mois.

Traitement. — Onctions avec un liniment laudanisé sur la main et sur le genou qui sont enveloppés d'ouate ; tisane d'orge ; une portion.

Le 28, l'état est le même. Application d'un vésicatoire sur la face dorsale du métacarpe.

Le 29, même état. De plus, le tendon extenseur du doigt médius, à la même main, a été envahi par la douleur. On constate de nouveau l'existence d'une blennorrhagie uréthrale fournissant une assez abondante quantité de pus absolument vert. — Cautérisation au nitrate d'argent de l'exulcération du col.

Le 3 août, la tuméfaction de la main n'a pas diminué. Les douleurs à la pression, sur le trajet des tendons extenseurs, sont toujours très-vives ; elles deviennent atroces lorsqu'on essaie d'imprimer aux doigts correspondants le plus léger mouvement. — Le tendon fléchisseur du pouce, à la main, a été envahi depuis hier. — Le genou est moins douloureux depuis quelques jours ; il ne présente plus de tuméfaction. — Même état de l'écoulement.

Le 7 août, le genou est guéri. Le tendon fléchisseur du pouce n'est plus douloureux. — Application d'un second vésicatoire sur le métacarpe.

Le 12, la douleur et la tuméfaction se concentrent sur le tendon extenseur du doigt auriculaire et s'atténuent sur tous les autres points. — Badigeonnages à la teinture d'iode ; à l'intérieur, iodure de potassium à la dose d'un gramme.

Dans la seconde quinzaine d'août, le même traitement est continué ; la dose quotidienne d'iodure est portée à 2 grammes, et deux vésicatoires sont encore appliqués sur la face dorsale de la main. Le tendon extenseur de l'annulaire reste toujours très-douloureux à la pression et surtout au moindre attouchement ayant pour résultat de fléchir le doigt. De plus, l'articulation métacarpo-phalangienne correspondante a perdu ses mouvements, plutôt par le fait d'une immobilité prolongée que par une inflammation qui lui soit propre. — L'état général n'a pas changé depuis l'entrée de la malade à l'hôpital. Apyrexie ; état normal des grandes fonctions ; appétit modéré ; cœur intact.

Dans les premiers jours de septembre seulement, le tendon extenseur devient moins douloureux. On peut lui imprimer quelques légers mouvements qui s'accompagnent de cette crépitation particulière à l'inflammation des coulisses tendineuses que l'on a comparée à la crépitation de la neige ou de l'amidon écrasé sous le doigt. L'articulation métacarpo-phalangienne s'ankylose de plus en plus complétement, la malade s'opposant d'une façon absolue à toute tentative de mouvement qui éveille d'intolérables douleurs. Une seule fois je parviens à décider cette femme à me laisser imprimer quelques mouvements à l'articulation, et je romps l'ankylose ; mais telle est la douleur qui éclate à ce moment qu'à dater de ce jour la malade se refuse absolument à tout nouvel essai de ce genre. L'écoulement uréthral a diminué et a changé de couleur. On administre le copahu.

Vers le 1er octobre, il ne reste plus trace d'écoulement uréthral. L'état général de la malade est des plus satisfaisants. Toute douleur a disparu au niveau du tendon extenseur; mais l'articulation métacarpo-phalangienne est complétement ankylosée. — Sortie de l'hôpital dans les premiers jours d'octobre.

Obs. IV. — *Rhumatisme blennorrhagique observé chez une femme, et siégeant principalement dans les tendons de la patte d'oie et le tendon du muscle biceps fémoral.* — J... A..., domestique, âgée de vingt-quatre ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 22 septembre 1866. C'est une femme de constitution assez robuste, bien que de tempérament lymphatique. Elle dit n'avoir jamais fait aucune maladie. Aucun antécédent de scrofule, ni de syphilis, ni de rhumatisme.

Depuis plusieurs semaines, cette malade a été affectée de douleurs au niveau des genoux. Ces douleurs sont devenues plus intenses ces derniers jours, au point d'empêcher complétement la marche. Elles ne se sont pas accompagnées de fièvre, ni d'aucun trouble de la santé.

Le 23 septembre, nous constatons l'état suivant : Apyrexie absolue; intégrité de toutes les grandes fonctions. Douleurs très-vives dans les membres inférieurs, localisées au niveau de la région du genou. Un examen minutieux fait constater que ces douleurs siégent : 1° à droite, sur la tubérosité interne du tibia, exactement au niveau des tendons de la patte d'oie ; 2° à gauche, au niveau de la tête du péroné et dans l'extrémité inférieure du tendon du muscle biceps fémoral. La plus légère pression exercée sur ces deux points donne lieu à de très-vives souffrances ; mais la douleur devient plus forte encore lorsqu'on imprime au membre les mouvements dévolus à l'action des muscles dont les tendons sont affectés. Tous les autres mouvements s'exécutent sans

difficulté et sans douleur. Les deux articulations tibio-fémorales sont saines. Ainsi le trajet de la douleur et l'analyse de l'action musculaire permettent de localiser très-exactement la maladie dans les tendons de la patte d'oie d'une part, et d'autre part dans le tendon inférieur du muscle biceps. Sur ces deux points, tuméfaction légère avec empâtement œdémateux, mais aucun changement dans la coloration des téguments.

L'absence d'état général et d'antécédents rhumatismaux, le siége et l'intensité des douleurs, nous font penser immédiatement que nous avons affaire à une complication rhumatismale d'une blennorrhagie. Nous examinons le linge de la malade qui est en effet souillé de taches purulentes et verdâtres ; puis nous constatons l'existence d'un écoulement uréthral jaune et assez abondant. Le vagin est sain et ne fournit qu'un suintement catarrhal; le col utérin est ramolli, l'utérus est volumineux; les règles ont fait défaut depuis plusieurs mois. Cet examen nous apprend donc deux choses que ne nous avait pas révélées la malade, à savoir : une grossesse et une blennorrhagie uréthrale.

Le traitement consista tout d'abord en des onctions faites avec un liniment narcotique et plus tard en des applications successives de vésicatoires volants. Sous cette influence, les douleurs furent apaisées, mais assez lentement. Au lit, dans l'immobilité absolue, la malade souffrait peu, si ce n'est pendant la nuit; mais venait-on à imprimer aux membres des mouvements qui provoquaient le glissement des tendons malades dans leurs gaînes synoviales, aussitôt éclataient de très-vives douleurs.

Vers le 13 octobre seulement, la malade commence à se lever et à faire quelques pas. La tuméfaction a disparu, les douleurs spontanées ont cessé, mais les tendons malades sont encore très-sensibles à la pression. L'écoulement uréthral persiste; il est seulement moins abondant et moins jaune.

Les jours suivants, l'amélioration se confirme. Le 16, on commence l'administration d'un électuaire au cubèbe et au copahu.

Le 24, toute douleur a disparu, même à la pression. La malade marche assez facilement ; elle ne conserve qu'un peu de gêne vague dans les points primitivement affectés. L'urèthre ne fournit plus qu'un suintement minime et incolore. — Sortie le 25.

Obs. V. — *Rhumatisme blennorrhagique observé chez une femme, et consistant principalement en des synovites des tendons de la patte d'oie, des tendons d'Achille, etc.* — B..., âgée de vingt-deux ans, couturière, entre à l'Hôtel-Dieu le 31 mai 1867.

C'est une femme très-vigoureusement constituée, d'excellente santé habituelle, n'ayant jamais eu comme maladie qu'une rougeole dans son enfance. — Réglée à quatorze ans; quatre couches, la dernière il y a sept mois; deux fausses couches.

Depuis cinq mois, d'après son dire, elle éprouve dans le genou des douleurs qui, légères d'abord, se sont accrues récemment. Ces douleurs, qui permettaient la marche et même une certaine fatigue à leur début, sont devenues telles depuis quelques semaines que la malade a été forcée de garder le lit. — De plus, elle dit souffrir depuis quelque temps dans le côté gauche, dans un coude et dans le talon.

État actuel, 1er juin : Apyrexie absolue; état général satisfaisant.

Grandes fonctions intactes; respiration normale; cœur sain; digestions régulières; appétit diminué depuis quelques semaines, sans doute sous l'influence du séjour au lit.

Comme lésions locales, nous constatons ce qui suit :

1° Sur la tubérosité interne du tibia, exactement au niveau de la *patte d'oie*, on remarque une rougeur légère ou plutôt une suffusion rosée des téguments dans l'étendue d'une pièce de 2 francs. C'est là que la malade rapporte ses douleurs. Effectivement, la moindre pression exercée en ce point détermine un cri de souffrance. Il existe à ce niveau une certaine tuméfaction avec empâtement, mais sans œdème véritable. — La rougeur, la douleur et la tuméfaction sont très-nettement limitées en ce point. Toutes les parties voisines sont saines et indolentes; l'articulation du genou est absolument intacte.

2° La douleur « de talon », dont se plaint la malade, siége sur le *tendon d'Achille*, à 3 centimètres au dessus de son insertion au calcanéum. Il existe là, surtout au bord externe de ce tendon, un point circonscrit, douloureux à la pression, mais sans saillie ni rougeur des téguments. — Un point semblable se rencontre derrière la malléole interne et la douleur provoquée à ce niveau par la pression « retentit jusque dans le gros orteil », lequel du reste n'offre rien de pathologique.

3° Au bras gauche, au niveau de l'insertion des muscles long supinateur et radiaux externes, tuméfaction notable, mais diffuse et impossible à localiser exactement. En ce point, la pression, surtout exercée profondément, éveille une vive douleur. L'articulation du coude est saine et exécute en toute liberté ses divers mouvements.

4° Douleurs vagues dans la base de la poitrine à gauche, entre la cinquième et la septième côte.

L'étrangeté, et je dirai volontiers la *spécialité* de tels symptômes me donnèrent aussitôt le soupçon d'un rhumatisme blennorrhagique. Malgré les dénégations de la malade, je voulus l'examiner, et examen fait, je trouvai ce que j'avais supposé d'après la constatation des synovites tendineuses, à savoir une *blennorrhagie uréthrale* non douteuse. L'urèthre laissait sourdre par la pression une goutte laiteuse, laquelle, déposée sur un linge, produisait une tache jaunâtre. Plusieurs taches semblables souillaient la chemise. Du reste, le vagin était sain, et le col de l'utérus n'offrait qu'une érosion insignifiante.

Vaincue par l'évidence, cette femme nous avoua alors qu'elle avait contracté de son mari « un écoulement » cinq ou six mois avant son entrée à l'hôpital. Au début de cette maladie, elle avait souffert en urinant et taché très-abondamment son linge. Cet écoulement ayant diminué plus tard sous l'influence de quelques soins et d'ailleurs ne déterminant plus aucune souffrance, elle ne s'en était pas inquiétée et s'était même crue guérie.

Traitement. — Vésicatoire sur la jambe, au niveau de la patte d'oie, puis applications de teinture d'iode; liniment chloroformé et camphré sur le coude et le talon; sirop d'iodure de potassium et d'iodure de fer; orge; repos.

Amélioration progressive de tous les symptômes. — Vers la fin de juin, la malade commence à marcher. Les douleurs du talon, de la cheville, du coude et de la poitrine sont disparues. Léger suintement uréthral persistant. Opiat au cubèbe et au copahu.

Le 1er juillet, apparition d'une douleur nouvelle siégeant derrière la malléole droite et au niveau du bord externe du tendon d'Achille. — Cette douleur s'atténue, puis disparaît dans le cours du mois. — Persistance d'une humidité uréthrale lactescente.

En juillet, récidive d'une douleur semblable au tendon d'Achille droit. — Cette douleur persiste en dépit de tous nos soins. Du reste, la malade se lève malgré notre défense.

Le 26 de ce mois, cette femme est expulsée de l'hôpital pour raison d'indiscipline. — L'année suivante, je la retrouve à Lourcine, affectée d'un chancre induré, et j'apprends d'elle qu'à la suite de sa sortie de l'Hôtel-Dieu ses douleurs ont encore duré quelques mois, puis se sont dissipées sans traitement.

Les observations qui précèdent ne réclament pas de commentaires. Ce sont, en effet, des cas types de rhumatisme blennorrhagique, tellement précis, tellement nets, que dans ces trois faits l'uréthrite fut soupçonnée et diagnostiquée même d'après la seule constatation des accidents rhumatismaux et *avant l'examen des parties génitales.*

Ces observations et d'autres encore que je passe sous silence établissent donc d'une façon formelle que le rhumatisme peut être une complication de la blennorrhagie chez la femme et qu'on ne saurait en faire, à l'exemple de quelques auteurs, un accident exclusivement propre à la blennorrhagie de l'homme. De plus, recueillies au nombre de *sept* dans un espace de temps assez court (deux ans environ), elles témoignent évidemment contre la prétendue rareté, contre « le caractère exceptionnel » de cette affection chez la femme. Pour établir un parallèle, je puis ajouter que dans le même laps de temps je n'ai guère rencontré sur l'homme plus d'une dizaine de cas de la même maladie.

Or, s'il en est ainsi, comment se fait-il que le rhumatisme blennorrhagique de la femme ait été considéré jusqu'à nos jours comme absolument *exceptionnel*, à ce point que certains auteurs aient pu le révoquer en doute ? Je trouve à cela les deux raisons que voici :

C'est d'abord que cette complication de l'uréthrite a dû nécessairement passer bien des fois inaperçue, pour des motifs

multiples et divers que je vais indiquer ; c'est, en second lieu, qu'on ne l'a pas recherchée sur son théâtre véritable, pour ainsi dire, là où l'expérience la montre bien plus commune qu'ailleurs ; je m'expliquerai sur ce point dans un instant.

Nul doute, tout d'abord, que nombre de ces rhumatismes blennorrhagiques n'aient été méconnus chez la femme et ne le soient même encore aujourd'hui. Car cette affection est de connaissance récente ; de plus, elle n'est pas de notion commune. Ajoutez à cela que quelques-unes de ses formes (celles surtout qui n'intéressent pas les articulations et qui ne sont pas les moins fréquentes), ne se trouvent même pas indiquées dans les ouvrages classiques ; que nombre de médecins tiennent encore en suspicion la relation pathogénique du rhumatisme avec l'état morbide de l'urèthre et par suite ne se préoccupent guère, un rhumatisme étant donné, de pratiquer l'examen des parties génitales ; que les femmes peuvent méconnaître et méconnaissent souvent leurs uréthrites qu'elles confondent complaisamment avec « de simples flueurs blanches » ; qu'elles les dissimulent plus souvent encore, surtout alors, comme dans l'espèce, qu'elles ne voient pas d'intérêt à en faire la révélation ; qu'elles ne sont pas toujours d'ailleurs, tant s'en faut, questionnées sur ce point, spécialement dans la clientèle de ville, etc., etc.

Ce n'est pas, ai-je dit en second lieu, là où il se trouve qu'on a recherché le rhumatisme blennorrhagique de la femme. On a voulu le trouver *dans les hôpitaux de vénériennes*, et comme on ne l'y observait pas ou qu'on ne l'y observait que très-rarement, on l'a déclaré exceptionnel. Or, ce n'est pas là qu'on doit le rencontrer, ce n'est pas là qu'on le rencontre habituellement. La raison en est fort simple. Un femme qui se sent prise de douleurs dans une jointure ou ailleurs ne se dirige pas vers Lourcine ou vers un asile destiné au traitement des affections vénériennes, alors même qu'elle aurait taché son linge quelque temps auparavant. Elle n'a pas d'instinct la théorie du rhumatisme blennorrhagique, et elle ne soupçonne guère qu'un écou-

lement plus ou moins ancien, quelquefois minime, ait quelque relation avec ses douleurs actuelles. C'est à la porte d'un hôpital *non spécial* qu'elle va frapper, et c'est là qu'elle est admise. Le rhumatisme blennorrhagique trouve donc asile, pour cette raison, dans d'autres services que ceux où, à priori, l'on s'attendrait à le rencontrer. Et comme, d'autre part, les hôpitaux de vénériennes ne reçoivent, dans leurs salles encombrées par la syphilis, qu'un nombre très-restreint d'uréthrites, conséquemment le rhumatisme uréthral ne s'y observe que d'une façon relativement fort rare.

Ce n'est pas là une vue théorique, c'est le résultat chiffré de mon expérience personnelle. A Lourcine, par exemple, je suis encore à trouver un cas de rhumatisme blennorrhagique, tandis qu'à l'Hôtel-Dieu il s'en est présenté à moi quatre cas, presque coup sur coup, dans l'espace d'une seule année.

La conclusion de ces diverses remarques est que *la rareté du rhumatisme blennorrhagique de la femme est bien plus apparente que réelle.* Mieux étudié, devenu de notion plus générale, je ne doute pas, d'après mon expérience personnelle, qu'il ne s'observe d'une façon plus commune, à l'instar de toutes les maladies nouvelles que personne ne remarque jusqu'à ce qu'elles soient dénommées et décrites, et qui tout à coup, une fois connues, semblent surgir et se multiplier de toutes parts.

Quant au degré de fréquence de cette affection chez les femmes, relativement à ce qui se produit chez l'homme, j'avoue n'être pas en mesure de le déterminer actuellement. Cette question, neuve encore, doit être réservée jusqu'au jour où des matériaux plus nombreux permettront de lui donner une solution.

V. Pour tous les auteurs qui ont étudié de près l'étiologie du rhumatisme blennorrhagique, il est constant que les causes habituelles du rhumatisme vulgaire (action du froid, refroidis-

sements, humidité, etc.) ne jouent aucun rôle dans le développement de cette maladie. C'est là une question jugée. Je pourrais donc passer outre sur ce point, s'il ne s'était produit dans ces derniers temps une singulière doctrine qu'il importe de réfuter.

La blennorrhagie, a-t-on dit (ou d'une façon plus générale encore « l'état génital »), ne produit pas le rhumatisme blennorrhagique. La blennorrhagie, seule, livrée à ses propres forces pour ainsi dire, ne saurait déterminer cette complication. Pour qu'elle la développe, il faut qu'avec elle intervienne une autre cause. Cette cause, c'est la *diathèse rhumatismale.* C'est parce que la diathèse rhumatismale est en puissance chez tel individu que la blennorrhagie met en action cette diathèse et provoque le rhumatisme.... La blennorrhagie n'est donc pas une cause créatrice, mais une cause provocatrice; elle ne crée pas un rhumatisme de toutes pièces; elle le fait seulement apparaître chez un sujet prédisposé. Elle agit ainsi tout comme aurait agi un refroidissement ; elle n'a rien de spécial dans son influence.

Donc, dans l'esprit de cette doctrine, le rhumatisme blennorrhagique n'éclôt jamais que chez les sujets en puissance de la diathèse rhumatismale. Êtes-vous rhumatisant, vous avez à redouter un rhumatisme si vous venez à contracter une chaudepisse ; ne l'êtes-vous pas, soyez sans crainte, le rhumatisme blennorrhagique ne saurait vous atteindre.

Comme conséquence de telles prémisses, le même auteur auquel est emprunté ce qui précède, ajoute logiquement : ce que fait le froid pour un rhumatisme, la blennorrhagie peut le faire ; donc le rhumatisme qui éclôt dans une chaudepisse est un rhumatisme simple. — Et comme conclusion : « *il n'existe pas de rhumatisme blennorrhagique* ».

On aurait lieu de penser qu'une doctrine aussi radicale dût invoquer en sa faveur une masse imposante de faits, une statistique considérable. Il n'en est rien. La doctrine est formulée, mais les documents justificatifs lui font complétement défaut.

L'auteur se borne à dire « qu'il est persuadé que sa doctrine est la vraie et que l'avenir lui donnera raison ». Ce n'est donc là, en somme, qu'une vue de l'esprit, qu'une conception *à priori*, peut-être ingénieuse, mais à coup sûr dénuée de toute base clinique.

La clinique, en effet, oppose un démenti formel aux propositions qui précèdent. — Voici, quant à moi, ce que m'ont appris sur ce sujet, des documents patiemment réunis et scrupuleusement analysés :

1° De tous les malades que j'ai traités jusqu'à ce jour pour des rhumatismes blennorrhagiques, il n'en est que *trois* (bien faible proportion) sur lesquels j'ai surpris des antécédents rhumatismaux. Tous les autres étaient, ou du moins paraissaient être indemnes de toute prédisposition rhumatismale ; quelques-uns même croyaient pouvoir affirmer que cette prédisposition n'existait pas chez leurs ascendants.

2° A l'exception d'un ou de deux cas au plus, j'ai toujours vu le rhumatisme blennorrhagique se produire sans cause occasionnelle, *sponte suâ*, et notamment en dehors des causes habituelles du rhumatisme vulgaire.

Sur deux de mes malades seulement, les accidents parurent succéder à une impression de froid. Le premier croyait vaguement s'être exposé à un courant d'air ; le second, la veille de son attaque, avait chassé toute la journée par un temps froid et pluvieux.

Chez tous mes autres malades — je l'affirme pour avoir constamment recherché cette notion étiologique — le froid, l'humidité, les refroidissements, furent absolument étrangers à la production des accidents.

Il y a plus. J'ai observé déjà bon nombre de ces malades si étrangement et si malheureusement doués, qui prennent un rhumatisme à chacune de leurs blennorrhagies. Or, aucun d'eux ne pouvait invoquer comme cause de ses trois, de ses quatre, de ses cinq rhumatismes consécutifs, ni l'action du froid, ni

l'impression de l'humidité, ni une prédisposition rhumatismale personnelle, ni même, chose curieuse, une diathèse héréditaire.

Un de mes camarades de collége, que j'ai souvent cité, a contracté quatre rhumatismes blennorrhagiques dans le cours de quatre blennorrhagies successives. Jamais il n'avait eu de rhumatisme auparavant et jamais il n'en a eu depuis; ses parents, son frère, ses sœurs, que je connais de longue date, n'en ont pas eu plus que lui. Fort de sa propre expérience, il attend « son rhumatisme » à chaque chaudepisse nouvelle, et ce n'est pas lui qui se laisserait surprendre par la moindre cause de refroidissement. En dépit de toute sa vigilance, comme il le dit lui-même, le rhumatisme fatal ne fait pas moins son explosion quelques jours après chaque contagion nouvelle.

3° J'ai pu observer la santé ultérieure d'une vingtaine de mes malades, de plusieurs notamment qui ont été affectés de deux, trois et quatre rhumatismes blennorrhagiques. Aucun d'eux, jusqu'à ce jour, n'a présenté le moindre accident rhumatismal. Tous, ils n'ont eu de rhumatismes que dans le cours de leurs chaudepisses. — Est-il à croire cependant que, moins que d'autres, ils soient exposés aux causes habituelles du rhumatisme ?

4° Autre considération non moins frappante. J'ai eu l'occasion de donner mes soins pour des blennorrhagies à nombre de malades rhumatisants, aussi rhumatisants que possible, et j'avoue qu'à priori je craignais pour eux l'imminence d'un rhumatisme blennorrhagique. Or, chose curieuse, effet du hasard peut-être, *tous* sans exception sont restés indemnes. Le rhumatisme cependant avait beau jeu pour frapper de tels sujets ; la diathèse était là sur son terrain ; elle est cependant restée inactive.

De ces considérations, toutes empruntées à la clinique, il me paraît donc ressortir rigoureusement ceci : 1° que le rhumatisme blennorrhagique n'est pas soumis dans son

développement aux causes habituelles du rhumatisme vulgaire; — 2° qu'il se produit le plus souvent sans cause occasionnelle appréciable, *sponte suâ*, et par le seul fait de la blennorrhagie; — 3° que les sujets rhumatisants, soit par disposition acquise, soit par hérédité, semblent ne pas y être plus exposés que d'autres; — 4° enfin, et comme résumé, qu'il est subordonné à de tout autres causes que celles du rhumatisme simple.

Loin de moi cependant toute idée exclusive. Je ne veux pas prétendre que le froid, que l'humidité, etc., ne puissent contribuer pour une certaine part à l'éclosion du rhumatisme blennorrhagique. J'accepte volontiers, au contraire, l'influence possible de ces causes, mais au seul titre de causes occasionnelles, secondaires, accessoires. Il est fort possible, en effet, que le froid, venant s'ajouter à l'influence blennorrhagique, détermine vers une ou plusieurs jointures une explosion morbide, tout comme pourrait le faire une provocation locale quelconque, telle qu'un traumatisme, telle que la fatigue, telle qu'une contusion, etc.; mais ce que je constate, c'est que l'intervention de cette cause spéciale est très-rarement, très-exceptionnellement notée dans les observations dont je dispose; ce que je nie surtout, c'est que le froid et la prédisposition rhumatismale soient les causes essentielles, « les causes créatrices » du rhumatisme blennorrhagique.

Dans la doctrine que je viens de combattre, c'est le rhumatisme qui fait la maladie; la prédisposition rhumatismale est l'élément essentiel, la blennorrhagie n'est que l'élément accessoire, la cause provocatrice vulgaire, sans action spéciale. Pour moi, bien au contraire, la prédisposition rhumatismale est indifférente et paraît même inactive; c'est la lésion de l'urèthre qui est la cause essentielle, efficiente, de la maladie; *c'est la blennorrhagie qui fait le rhumatisme blennorrhagique.*

(*La suite au prochain numéro.*)

DE L'EMPLOI DE LA GLACE

CONTRE

CERTAINES AFFECTIONS DE L'APPAREIL TESTICULAIRE

PAR P. DIDAY.

Est-ce un moyen ignoré, ou simplement oublié, que je viens ici faire connaître?... Ce n'est point à moi de le dire. Et cependant, si j'en juge par la pratique de mes confrères et par la lecture des traités spéciaux le plus en crédit, l'application du froid aux maladies des testicules, telle que je la comprends, aurait toute l'utilité, sinon tout le mérite, d'une véritable découverte.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de ce côté accessoire de la question, je ne saurais assez fortement appeler l'attention des lecteurs sur l'importance de la médication qui va faire l'objet de ce mémoire. Ma conviction, à cet égard, est même telle que, lorsque M. Doyon m'a fait l'honneur de me demander, pour le premier numéro de ses ANNALES, un travail original, je n'ai pas hésité un seul instant sur le choix à faire parmi ceux que j'avais à sa disposition ; et la présente étude m'a d'emblée paru la plus capable de donner aux lecteurs du nouveau journal une idée de la manière dont, à côté des questions doctrinales, on se piquera aussi d'y payer tribut aux *desiderata* de la pratique.

L'emploi de la glace m'a rendu des services : 1° dans l'orchite qui parfois complique l'épididymite blennorrhagique ; 2° dans la névralgie testiculaire (*irritable testis*) ; 3° dans certains autres états à forme complexe, à cause mal déterminée, mais dont l'élément *douleur* constitue le caractère dominant

ORCHITE BLENNORRHAGIQUE.

§ I. — Description et faits cliniques.

De même que l'épididymite ne coexiste pas avec toutes les blennorrhagies uréthrales, de même l'orchite ne coexiste pas avec toutes les épididymites. Lorsque *la chaudepisse tombe dans les bourses*, selon l'expression vulgaire, l'épididyme seul est ordinairement envahi, et le testicule ne participe à l'engorgement inflammatoire que dans des cas exceptionnels. C'est là un fait dont on ne doute plus depuis les déterminations si précises que Ricord eut le mérite de substituer aux vagues et confuses notions de l'ancienne syphiligraphie, sur les lésions constituantes de l'engorgement des bourses qui survient durant la blennorrhagie.

Lorsque le testicule doit à son tour se prendre, les choses se passent de la manière la plus régulière. Le malade qui souffrait depuis trois ou quatre jours de l'épididymite, affection déjà fort douloureuse par elle-même, sent peu à peu sa souffrance augmenter à un point extrême. Il éprouve au testicule une sorte de tension angoissante, comparable, pour l'intensité, aux plus torturants accès d'otite ou de névralgie dentaire. Cette douleur, qui parvient en quelques heures à son maximum de violence, ne demeure pas circonscrite à la glande; elle s'étend du cordon à l'anneau inguinal et remonte de là jusqu'à la fosse iliaque, au flanc et aux reins. A la fois continue et intermittente, elle a, sans jamais cesser complétement, des exacerbations terribles. Alors, vous voyez le malade suant, la face rouge, s'agiter sur son lit en poussant des cris plaintifs, incapable de garder le repos prescrit, refusant obstinément les remèdes locaux, tant il redoute tout contact sur l'organe ; en proie à un état qui tient à la fois et de l'abattement et de l'excitation nerveuse que réveillent les exaspérations incessantes de la douleur locale. Des nausées et un état saburral viennent

ordinairement, au bout de vingt-quatre heures, accompagner cette inflammation à laquelle ne manque pas non plus la réaction fébrile.

Que faire contre cette souffrance ? Les narcotiques la pallient à peine. Les émollients (cataplasmes, bains) sont aussi impuissants qu'impraticables. Les sangsues calment pendant quelques heures ; mais, ordinairement, au moment où l'orchite se déclare, il y en a déjà eu une application faite pour l'épididymite qui a précédé. Le repos est impossible. La compression..... essayez seulement de la proposer !

La cause du mal étant l'étranglement du parenchyme testiculaire dans sa coque albuginée, on comprend que le débridement de cette enveloppe inextensible réponde à l'indication mieux que tout autre remède. Quelque effrayant qu'en soit l'appareil, le patient non-seulement s'y soumet, mais il l'appelle à grands cris lorsqu'on lui affirme qu'il n'y a que ce moyen d'apaiser ses souffrances. Et, par le fait, on voit le calme renaître aussitôt le coup de bistouri donné.

Mais de ce que le malade accepte l'opération, s'ensuit-il que, aux yeux du médecin, l'opération soit indiquée ? Non, certes, s'il est démontré qu'elle ait des inconvénients majeurs inhérents à son mécanisme même. Or, sans parler de l'effroi qu'elle cause aux plus courageux, il y a à redouter à sa suite un accident que, deux fois pour mon compte, j'ai observé à sa suite, et dont la perspective suffit pour me la faire, en principe, rejeter d'une façon absolue : je veux parler de l'atrophie, ou pour mieux dire de la *diminution* consécutive du testicule. Je m'explique :

J'avais déjà vu, chez un malade autrefois opéré, puis soigné par un de nos plus habiles spécialistes, cette réduction du testicule, survenue à la suite du débridement de l'albuginée, pratiqué pour une orchite blennorrhagique. Mais j'accusais, en moi-même, notre collègue d'insouciance ou d'incurie. « Il avait mal surveillé les suites de l'opération, me disais-je. Il

avait perdu de vue l'avertissement de J. L. Petit sur le *dépelotonnement* des conduits séminifères, qui a si aisément lieu lorsque le pansement de ces sortes de plaies n'est pas fait avec toutes les précautions nécessaires..... »

Un second exemple, à moi personnel, vint bientôt me rappeler au principe de l'équité, en même temps que de la charité confraternelles. En septembre 1846, ayant eu à soigner un de mes amis d'une *orchite* blennorrhagique, je ne pus, après trois applications de sangsues, mettre fin à ses affreuses douleurs qu'en débridant le testicule, selon le conseil et le procédé de Vidal de Cassis. Tout se passa bien d'abord ; l'effet sédatif fut instantané et durable. Mais quant aux suites, il n'en alla point ainsi.

J'étais prévenu cependant. Je savais avec quels soins il fallait *laisser guérir* cette incision. J'y touchais le moins possible, et je défendais d'y toucher. Il n'y eut donc point de tiraillement, à peine de contact exercé sur les canaux séminifères à nu. Et cependant, au bout d'un mois, grâce aux mortifications partielles, aux exfoliations successives, que je vis s'opérer sous mes yeux sans pouvoir y mettre obstacle, le testicule avait diminué de plus de moitié.

Cet échec, à tous égards déplorable, et au sujet duquel les clients les plus dévoués ont bien de la peine à dissimuler leur rancune, fut longtemps pour moi un souvenir pénible, presqu'un remords ; il devait être aussi un trait de lumière.

En effet, au bout d'une année environ, ce même malade, rebelle à la première leçon, prit une nouvelle blennorrhagie, qui, selon l'usage, chez lui (1), s'accompagna d'épididymite, laquelle se compliqua également d'orchite. En présence des atroces douleurs qui commençaient à l'assaillir, et dont il pré-

(1) Certains malades ont, à chaque blennorrhagie, une épididymite, ou une cystite, ou des phlogoses articulaires : c'est si bien là, chez eux, l'effet d'une prédisposition individuelle spéciale, que la même série d'accidents se reproduit à toutes leurs chaudepisses, faibles ou fortes, et en dépit de tous soins, de toute précaution dite préservatrice.

voyait l'aggravation certaine, mon client ne voulant pas les endurer, mais ne voulant pas davantage du coup de bistouri, me supplia de chercher quelque autre moyen.

C'est alors que l'emploi de la glace en permanence, sur l'organe affecté, se présenta à mon esprit. Elle réussit à merveille; et, depuis lors, appliquée dans les mêmes conditions, j'affirme qu'elle m'a toujours, sans une seule exception, réussi. Ai-je besoin d'ajouter que je n'ai plus eu recours à d'autre médication.

Voici, entre beaucoup d'exemples, tous probants au même degré, que je pourrais citer, deux cas où l'efficacité du froid s'est manifestée d'une manière particulièrement frappante.

Un jeune officier russe, de passage à Lyon, avait la chaudepisse depuis un mois; mais il la portait allégrement, ayant en poche une consultation détaillée qui, disait-il, devait le préserver de tout accident, le conduire sans complications à une guérison prochaine. Rien, en effet, de mieux digéré, de plus minutieusement prévoyant que cette page signée d'un nom parisien qui dispense de tout éloge.

Néanmoins une épididymite étant survenue, il se déclara, malgré le repos exactement observé, les sangsues mises en bon nombre sur le cordon, les cataplasmes laudanisés, les doux laxatifs, il se déclara, dis-je, l'endolorissement spécial qui caractérise l'orchite blennorrhagique. Notre homme n'était point paré pour ce cas. Aussi dut-il invoquer l'aide de la médecine lyonnaise. L'un de mes plus habiles collègues appelé à lui donner ses soins, appliqua de nouveau douze sangsues, couvrit les bourses et le cordon de narcotiques variés, administra aussi ces préparations à l'intérieur, tout en entretenant, par des lavements, la liberté du ventre.

Vingt-quatre heures se passèrent ainsi sans que la douleur changeât sa marche non-seulement stationnaire, mais ascensionnelle. On réappliqua encore des sangsues, on voulut essayer la compression, on donna un éméto-cathartique dans le

but louable de dégager les premières voies..... Rien n'y fit, et lorsque, demandé à mon tour, je vins le jour suivant, ce pauvre jeune homme m'offrit le plus triste spectacle. Exténué par soixante-douze heures de souffrances et d'insomnie, exténué par les émissions sanguines et la diète, il gisait, à demi narcotisé, sur un lit de douleur sans que, malgré l'affaiblissement du malade, les élancements testiculaires, qui continuaient à revenir par accès, se fussent le moins du monde affaiblis.

C'est en pareil cas que l'homme qui, comme médecin, sent le mieux son pouvoir, est souvent le plus embarrassé comme confrère. J'eus besoin de me rappeler alors notre Amédée Bonnet, appelé en consultation à la campagne auprès d'un vieux prostatifère que le docteur voisin tentait en vain, depuis trois jours, de cathétériser avec sa sonde de trousse. Bonnet apportait la sonde en gomme élastique, *à béquille*, et il était sûr de vaincre l'obstacle au premier essai. Mais craignant à l'égal d'un échec ce facile triomphe qui, pour l'honorable confrère, eût été une mortification, il remit à celui-ci la précieuse sonde, en lui disant : « Elle va entrer toute seule, opérez vous-même. » Et, dans l'excès de sa délicatesse, il tourne le dos et se met à regarder par la fenêtre pendant que le confrère agissait, afin qu'on ne pût le soupçonner même de l'avoir guidé du regard.

J'eus besoin, je le répète, de me rappeler cet exemple au moment où les circonstances mettaient entre mes mains l'instrument d'un succès tout pareil. Je me retirai donc immédiatement, sans avoir rien laissé percer devant le malade, dans le cabinet voisin. Et sans que le confrère pût en deviner le motif, j'eus soin de prolonger la consultation assez pour que nous eussions l'air d'avoir cherché ensemble ce qui devait être le salut de notre client.

Bref, la glace fut prescrite. En fort peu de temps la scène changea, et au bout de quatre jours, le jeune homme libre de continuer sa route, alla dans le Midi pour se remettre

des effets de la maladie, ainsi que de ceux du traitement.

Plus tard, il y a douze ans environ, un négociant d'une ville voisine ayant contracté une blennorrhagie, vint à Lyon pour s'en faire soigner loin de son ménage. Une épididymite se déclara et je dus dès lors le confiner au lit, dans une maison de santé. Il y avait suivi très-docilement, depuis quelques jours, le traitement usuel : sangsues au cordon, cataplasmes, délayants ; il gardait strictement le repos, l'immobilité même, lorsque le cinquième jour de l'accident (1), vers midi, il me fit demander en toute hâte. Je ne pus me rendre près de lui qu'au bout de deux heures, et déjà il se tordait, en criant, sur son lit, en proie à des douleurs qui, répétait-il, si elles continuaient, allaient le faire devenir fou !...

Je reconnus, sans peine, la cause des douleurs dans le développement commençant d'une orchite, et je n'hésitais pas plus sur l'indication que sur l'étiologie. Mais voilà l'embarras : ces diables de malades-là sont comme les femmes en couches ; ils souffrent tellement qu'ils ne peuvent admettre que le médecin les quitte avant de les avoir soulagés. Et le mien se cramponnait à moi avec la ténacité de l'homme qui se sent emporté par un fleuve.

Or, à ce jour et à cette heure, justement, j'avais à faire un petit voyage arrêté depuis longtemps. Il fallait partir, mais il fallait aussi, il fallait surtout ne pas trahir une confiance qui, pour être devenue un fardeau, n'en restait pas moins un devoir.

La glace me permit de tout concilier. Je savais, dès cette époque, à quel point je pouvais compter sur son secours. Je

(1) Ces *recrudescences du cinquième jour*, qui consistent en un retour de l'épididymite ou dans l'invasion de l'orchite, récidives dont aucune imprudence ne saurait rendre compte, est un des traits les plus usuels de la chaudepisse tombée dans les bourses. Je les explique, moi, par la même cause qui fait que le rhumatisme, après quelques jours de trêve, envahit une nouvelle articulation. Dans cette comparaison, il y a plus qu'une analogie ; car il y a identité de nature entre l'épididymite et le rhumatisme blennorrhagique.

pris à part le maître de l'établissement (1), lui donnai mes instructions les plus minutieuses sur l'emploi de l'agent réfrigérant, promis au patient un soulagement immédiat, et accomplis mon voyage sans inquiétude.

Au retour, le lendemain, j'appris que les choses s'étaient passées selon mes prévisions. Au bout d'une heure, la douleur avait disparu. Il n'y eut là, d'ailleurs, rien de surprenant; ce ne fut que la répétition de ce qui a lieu dans tous les cas de ce genre; car ce qui fait l'intérêt de ce petit récit, ce n'est pas que la glace ait réussi; non, c'est que, comptant sur la glace, j'aie pu partir tranquille.

§ II. — Règles d'application.

Je consacre un chapitre spécial à ce qui a trait au *modus faciendi*. Sous ce rapport, on me permettra d'être prolixe. Dût ma description paraître minutieuse à l'excès, je réclame la plus grande latitude; car je veux que, après l'avoir lue, tous les praticiens soient en état de tirer de ce moyen thérapeutique le même parti que moi. Je tiens surtout à ce qu'ils n'encourent point, faute de renseignements suffisants, le risque d'une déception qui, en ce cas, me serait aussi pénible qu'à eux.

Matériel. — Deux vessies de cochon achetées chez le charcutier le plus voisin, qu'on détrempe quelques instants pour les ramollir et les rendre souples. Y introduire, par l'ouverture, élargie d'un coup de ciseaux, quatre ou cinq morceaux de glace du volume d'un œuf d'oie.

(1) Son exactitude intelligente, qui me donnait sur l'exécution de l'ordonnance toutes les garanties nécessaires, le fera sans doute reconnaître de nos lecteurs lyonnais. Quel malade et quel chirurgien n'ont pas eu à se louer de ses soins et de son assistance? Interrogez les hôtes de cette maison, et vous saurez quelle place tient dans leur gratitude, à côté du nom de leur médecin, le simple nom de *Jean*, de l'humble et dévoué coopérateur dont l'expérience a plus d'une fois, en cas d'urgence, conjuré des accidents mortels!

Avant de lier, avec une ficelle, le col de la vessie, il faut avoir soin d'en expulser l'air ; ce qui se fait en pinçant cette vessie entre deux doigts au-dessus de la glace, et en la comprimant de son fond à son ouverture. Sans cette précaution, la vessie, restant gonflée d'air, formerait une sorte de ballon im-compressible, très-gênant à placer, et incapable de se replier de manière à s'appliquer sur les parties qu'elle doit *envelopper* plutôt que simplement *recouvrir*. C'est pour remplir plus aisément ce dernier but que je recommande aussi de lier la vessie le plus près possible de son ouverture, afin de laisser plus d'ampleur, plus de laxité à l'espèce de *bonnet de coton* qu'elle doit représenter en s'appliquant sur le testicule.

Disposition de l'appareil. — Le malade étant couché sur le dos, on place l'une des vessies, ainsi préparée, sous les bourses, en garnissant les cuisses et le périnée de serviettes, afin de soustraire ces parties à l'impression du froid qu'elles n'ont pas besoin de subir. Cette vessie-là reste en place par le seul effet du rapprochement naturel des cuisses.

Quant à l'autre, on la met au-dessus des bourses, et de manière à ce qu'elle puisse s'étendre, au besoin, sur le cordon jusqu'à l'anneau inguinal. Pour la maintenir commodément en place, je fais rouler un mouchoir ou une petite serviette en forme de ce *rond* que les garçons boulangers ont sur la tête pour y porter leurs pains. Ainsi ajustée au milieu de ce rond, qu'on laisse à volonté plus ou moins large, la vessie y reste d'elle-même par l'effet de son poids, sans que le malade ait à s'occuper de sa contention.

Effets. — La première impression est ordinairement agréable. Quelquefois, cependant, dans le cas de sensibilité extrêmement vive, il y a un instant de douleur au moment de l'application ; mais cette douleur, ce n'est pas le froid qui la cause, c'est le poids de la glace. On peut s'en assurer, d'abord parce que la vessie *de dessous* ne produit jamais cette souffrance ; en second lieu, parce qu'on la calme en tenant pendant

quelques instants la vessie *de dessus* suspendue, au lieu de l'abandonner à sa pesanteur.

Quoi qu'il en soit, immédiatement dans la plupart des cas, au bout de cinq minutes dans les circonstances exceptionnelles, le malade s'accoutume à la sensation nouvelle. Un quart d'heure ne s'est pas passé sans qu'il accuse un commencement de soulagement. Ce calme succédant aux tortures précédentes, réalise un bien-être dont je suis plus d'une fois resté témoin auprès de mon client, afin d'en entendre de sa bouche l'expression, toujours délicieuse à l'oreille du médecin. Au *bout d'une heure*, règle générale, le testicule a visiblement, quoique très-légèrement, diminué de volume, et il n'y a plus de douleur.

Règle non moins générale, la douleur ne revient pas, si l'on ne cesse pas trop tôt l'emploi de la glace. Or, par ces mots *trop tôt*, que faut-il entendre ? C'est là un point important à préciser.

Durée de l'application. — La glace doit demeurer en permanence au moins dix-huit heures. Ce laps de temps suffit quelquefois, surtout lorsque l'état douloureux spécial ne faisait que d'éclater au moment où l'on a commencé à mettre la glace. Mais, en général, il faut davantage. Quarante-huit heures consécutives me semblent le terme moyen qui répond le mieux à ce que m'a enseigné mon expérience personnelle.

Voulez-vous un guide assuré pour cette détermination importante? Après un ou deux jours de l'application, désirez-vous savoir si vous pouvez, avec sécurité, la cesser ?... Enlevez la vessie et pressez avec le bout du doigt sur l'endroit du testicule qui, pendant les douleurs, était le plus sensible. S'il est encore douloureux, si le malade tressaille à cette palpation, il faut encore continuer la glace. En l'ôtant dès à présent, la reprise des douleurs, au bout de quelques heures, vous obligerait à en recommencer l'emploi; et, durant l'interruption, le mal aurait repris de nouvelles forces.

Ma mémoire me fournit le souvenir de cas nombreux où il

a fallu continuer le froid beaucoup plus longtemps, jusqu'à deux, trois et même cinq journées consécutives. On peut, ici, établir deux catégories. Chez quelques-uns de ces malades, c'est d'emblée, sans tâtonnements, sans s'éclairer par l'effet de quelques suspensions exploratrices, que la séance de réfrigération a été prolongée ainsi. Et j'étais averti de cette nécessité par une certaine continuation de la douleur qui, malgré les vessies en permanence, persistait, sans être réellement pénible, à l'état d'endolorissement sourd, présage certain de reprise de la souffrance dès que l'on cesserait le moyen sédatif. Les malades ne s'y trompent pas et ne permettent point au médecin de s'y tromper. — Chez d'autres, la souffrance renaissait une ou deux heures après la glace enlevée ; le testicule redevenait promptement sensible au toucher en l'un de ses points ; et après plusieurs tentatives infructueuses, il fallait, pour prévenir toute rechute, se décider à une séance, sans interruption, de vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures.

Il est remarquable que, dans les cas où elle est nécessaire, cette longue durée ne lasse pas les malades. Une sensation particulière leur apprend que l'ennemi subjugué menace encore ; ils préfèrent, et de beaucoup, l'assujettissement d'une attitude contrainte aux angoisses par lesquelles ils viennent de passer, et sont les premiers à nous prier de les laisser sous l'influence du remède.

Soins immédiats et consécutifs. — Inutile de dire à des médecins qu'il faut renouveler la glace aussitôt qu'on reconnaît, en palpant à travers la vessie, qu'il n'en reste plus qu'un petit morceau à l'état solide. Mais, aux malades ainsi qu'à ceux qui les soignent, il est indispensable de le rappeler, de montrer que tout échoue si l'on se contente d'une application *à peu près* continue. C'est surtout pour la nuit qu'il faut organiser un service vigilant, et bien s'assurer que la provision de glace ne manquera pas. — En général, quand les vessies ont été convenablement remplies, on n'a à y renouveler la glace que toutes

les deux heures, temps suffisant pour que le malade puisse s'endormir.

Lorsqu'on juge convenable de cesser la glace — que cette suppression soit temporaire ou qu'elle soit définitive — il importe de continuer pendant quelque temps, une heure environ, sur le testicule, l'application de linges mouillés d'eau froide. On opère ainsi une transition entre le refroidissement artificiel auquel a été soumis l'organe et son retour à la température normale, précaution dont on fait comprendre toute l'importance aux malades, en leur rappelant quelle sensation de chaleur l'on éprouve, et par conséquent quelle réaction inflammatoire a lieu, dans les doigts qu'on retire de la neige après les y avoir laissés plongés quelques minutes.

Accidents. — Je les cherche et n'en aperçois aucun digne de ce nom. Presque toujours les gardes-malades appréhendent un rhume, une courbature par suite de ce refroidissement; jamais l'expérience n'a réalisé leurs craintes.

On entend aussi murmurer le mot de *gangrène*, par suite de l'action du froid sur une peau *aussi fine*, sur *un organe aussi sensible !* Je n'ai jamais vu rien de pareil ni rien d'approchant.

Un petit accident assez commun consiste dans une névralgie temporaire de l'un des rameaux du nerf crural, vers le côté externe de la cuisse. Mais il peut être évité, si l'on a soin, comme je l'ai indiqué, de soustraire le nerf lui-même à l'action directe de la glace, en tenant une serviette entre la vessie de glace et la cuisse.

(*La fin au prochain numéro.*)

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES ET SYPHILITIQUES DE L'UTÉRUS

PAR J. ROLLET
Ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon.

Division. — Les maladies vénériennes et syphilitiques de l'utérus comprennent : la blennorrhagie utérine et ses complications, le chancre simple, la syphilis, primitive ou consécutive, et les végétations.

Historique. — Au point de vue historique, il importe beaucoup de distinguer les maladies simplement vénériennes de l'utérus, c'est-à-dire celles qui résultent seulement de l'action locale des principes contagieux de la blennorrhagie et du chancre simple, et qui ont été décrites dès la plus haute antiquité, de la syphilis proprement dite, maladie générale qui n'a été connue que beaucoup plus tard.

Hippocrate parle déjà des ulcérations de l'utérus : « Sterilis » evadet, dit-il, ubi magna ulcera fuerint quæ in uteris facta » sunt. » (*De morbis mulierum*, l. I, t. IX, p. 420.)

Cléopâtre et Aétius parlent aussi des ulcérations qui se présentent au col de l'utérus sous forme de rhagades : « Ex » partu difficili, vel ex nimiâ purgatione rhagadia in orificio » matricis emergere solent. » (*Gynæciorum* de Wolphius, c. XIII, p. 130.) « Rhagades circà os uteri eveniunt, sed et ob » acrium humorum defluxum loca effringentem et exurentem » fieri solent. » (L. XVI, c. CVIII, p. 176.)

Jusque-là il n'est question que d'ulcérations et d'écoulements. Nous allons voir d'autres altérations, probablement des végétations, décrites sous les noms de clous, de condylomes,

pour lesquels on propose l'excision ou d'autres moyens locaux de traitement.

« In orificio, vel in collo matricis clavi nascuntur, sic sunt » sine affecti loci dolore, aliquando rusi, aliquando albi, facil- » lime autem hi foris visu deprehenduntur. Intus vero, aperto » organo, videri possunt, et in sarcocollabo apprehensi bene » præciduntur et curantur. Interiores autem, qui tolli non » possunt, medicaminibus commalaxari debent. » (Moschion, *Gynæciorum*, c. XVII, p, 140.)

« Pessus ad condylomota uteri. Pessus uteri perversiones, » diuturnas duritias et formicas sanans. » (Nicolas Myrepsus, *Medicamentorum opus*, v. XXXII, p. 604.)

On a dû remarquer qu'aucun des auteurs que nous venons de citer ne rattache les maladies utérines à des causes vénériennes. Les Arabes seuls commencent à faire jouer au coït un rôle important dans la production de ces maladies.

Serapion le premier mentionne le coït répété comme cause de l'inflammation utérine : « Scias, dit-il, quod apostema » accidit in matrice propter causas multas. Et quandoque, » aposthematur matrix etiam ex multitudine coïtus, quando » est suprà mensuram, et ægritudines ab æqualitate. Si autem » in orificio matricis fiunt ulcera, ex quibus currit sanies, cu- » ramus ea cum medicinis, quæ conferunt ulceribus et mundi- » ficant putredines. » (*Breviarium*, pract. V, c. XXIX, fol. 74.)

Rhazès, Haly Abbas, Avicenne, Avenzoar, Albucasis, en un mot, tous les auteurs arabes décrivent les maladies de l'utérus avec une précision qui n'a pas lieu de surprendre, quand on sait qu'ils connaissaient l'usage du spéculum; mais sur tout ce qui touche à la contagion, ils sont muets; pour eux, le coït joue un grand rôle comme cause mécanique seulement d'un certain nombre de ces maladies. Pour avoir des notions exactes sur la contagion proprement dite, c'est-à-dire sur la propagation du mal au moyen d'un principe contagieux, d'un virus, il faut arriver jusqu'aux Arabistes.

Michel Scott indique positivement le caractère vénérien et contagieux de ces affections.

« Efficiuntur feminæ, dit-il, lividæ et reumaticæ. Si vero » mulier fluxum patiatur, et vir eam cognoscat facile sibi » virga vitiatur, ut patet in adolescentulis qui hoc ignorantes » vitianter quandoque virga, quandoque lepra. » (*De procreatione hominis phisionomia opus*, 1477, 4, cap. 6.)

A cette époque, les maladies vénériennes de l'homme (blennorrhagie et chancre simple) sont attribuées par la plupart des auteurs, au coït pratiqué avec une femme infectée. Or, une femme infectée (fœda mulier), c'était, pour ces auteurs, une femme dont l'utérus était le siége d'une affection virulente, contagieuse.

« Par une femme *sale*, dit Astruc, dont le commerce, suivant les auteurs cités, cause des ulcères à la verge, on ne doit point entendre une femme infectée de vérole, maladie à laquelle ces auteurs n'ont pas pensé, mais une femme dont la matrice est pleine d'impuretés, de sanie et de virus, comme dit Gordon, c'est-à-dire dont la matrice est inondée de beaucoup de différentes semences qui s'y sont corrompues, ou qui est altérée par des flueurs blanches fort âcres, ou par un ulcère ; ou bien une femme qui a eu récemment affaire à un homme attaqué d'une pareille maladie, comme dit Lanfranc, c'est-à-dire à un homme dont la verge est rongée d'ulcères; ou une femme qui a ses règles, comme parle Gaddesden ; ou enfin une femme chancreuse, comme s'exprime Valescus de Tarente ; ou, comme le dit le même auteur, une femme qui a dans la matrice un ulcère, lequel, par contagion, infecte et ulcère la verge. » (*Traité des maladies vénériennes*, 1755, t. I, p. 147.)

Mais si pour tous ces auteurs, pour Gordon, Lanfranc, Gaddesden, Valescus de Tarente, les maladies vénériennes de l'homme avaient pour origine certaines maladies utérines de la femme, à quoi, selon eux, ces maladies utérines elles-mêmes

étaient-elles dues? Il suffit de relire ce qui précède pour voir que s'il y avait alors des partisans du développement de ces maladies par contagion, le plus grand nombre croyait à leur spontanéité.

Gordon rattachait à trois causes toutes ces affections : « Aposthematur matrix, dit-il, sicut alia membra. Causa enim » aut est exterior, aut interior. Si exterior, tunc est sicut ni- » mius coitus : et si est interior, tunc est retentio spermatis, » aut humor currens ad locum. » (*Practic.* VII, c. XI, fol. 212.)

Lanfranc était plus contagioniste, car il ne reconnaissait qu'une seule cause à ces affections, le coït avec un homme infecté : « Ex commixtione cum fæda muliere quæ cum ægro » talem habente morbum de novo coierat. » (*Tract.* III, doct. III, c. II, fol. 199.)

Gaddesden range parmi les causes des maladies vénériennes de l'utérus, la disproportion des organes génitaux : « Matrix » vulneratur, dit-il, et ulceratur vel ex humore acuto, vel coitu » cum aliquo habente virgam nimis magnam. » (*Rosa* angl. liv. II, ch. XVII, fol. 107.)

Quant à Valescus de Tarente, après avoir fait dériver les maladies vénériennes de l'homme des ulcérations utérines de la femme (quia coecunt cum femina habente ulcus in matrice), il ne sait assigner à ces ulcérations de l'utérus que les causes communes (ulcera fiunt in matrice sicut fiunt in multis aliis locis).

Du reste, quand il s'agit de déterminer non plus la cause, mais la nature et le traitement des maladies vénériennes de la verge, chez l'homme, de l'utérus, chez la femme, et de l'anus chez les deux sexes, tous les écrivains arabistes sont d'accord, car tous les décrivent comme se présentant sous forme de lésions identiques, quel que soit leur siége. On en jugera par le passage suivant de Guy de Chauliac.

« Ulcera, dit-il, quæ fiunt in procidentibus, ut in virga et

» in matricis collo, sunt excoriationes, calefactiones, ulcera » virulenta, putrida et corrosiva et cancrosa ; in ano rhaga-» diæ, ulcera, fistulæ ; in utrisquæ carnes additæ, ficus et con-» dylomata... ulcera istorum membrorum sunt difficilia, quia » sunt calida et humida, ab aere protecta, ad quæ festinat pu-» trefactio, et additur, quod propter verecundiam non mons-» trantur, quousque fuerint malignata. Et deteriora sunt illa » quæ fiunt in lacerto, qui est in radice virgæ et in ano, et » quæ profundantur interius, quam sint in manifesto (*Tract.* II, doct. I, c. II, fol. 11.)

Nous sommes au commencement du XVe siècle, par conséquent bien près de l'époque où la syphilis va faire invasion en Europe et augmenter le nombre des contagions susceptibles de se faire sur les organes génitaux de la femme comme sur ceux de l'homme.

Au premier abord, quand la syphilis apparut tout à coup (1494-1496), on ne crut pas que la maladie nouvelle se transmît par contagion ; on eut un moment l'idée qu'elle se développaît spontanément, et qu'elle affectait la marche habituelle des épidémies. Gaspard Torella (1497) fut le premier qui insista sur le caractère contagieux de la syphilis ; c'est lui aussi qui fixa en quelque sorte d'emblée, par un axiome bien connu, quels étaient les points où l'on devait rechercher l'accident syphilitique primitif, c'est-à dire la lésion qui résulte du contact même du virus : « quod immediate tangitur a putrido » putrescit ». Il est dès lors aisé de comprendre comment l'utérus, chez la femme, a été dès le principe un de ces points, et même le plus important.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la syphilis, dans les premiers temps jusqu'à la fin du XVIe siècle, Jacob de Catanée, Georges Vella, Frascator, Paracelse, Massa, Lecoq, Fernel, Brassavole, Fallope, Botal, Rondelet, Pétronius, Thierry de Héry, A. Paré, mentionnent l'utérus comme un des organes par lesquels se fait le plus communément la transmission de la

syphilis, non-seulement dans le coït proprement dit, mais encore dans l'acte physiologique de la conception. Mais les maladies contagieuses de l'utérus ne purent pas ne pas se ressentir de l'état de confusion où tombèrent peu à peu les maladies vénériennes en général. On sait qu'à la fin rien ne fut distingué, et qu'on en vint purement et simplement à l'unité. Il n'y eut plus qu'une seule maladie vénérienne pouvant se communiquer, chez la femme, à l'utérus, comme à la bouche, aux mamelles et à l'anus.

« Per quas partes, dit Brassavole, gallicus affectus recipitur ?
» Respondendum est per molliores partes recipi. Mulieres enim
» illum recipiant per os, per mammas, per uterum et per anum. »

On comprend qu'arrivée à ce point l'étude des maladies contagieuses de l'utérus fût complétement subordonnée aux progrès qui devaient s'opérer à la longue dans l'étude des maladies vénériennes en général.

L'un de ces progrès, la doctrine de la non-identité de la blennorrhagie et de la syphilis, inaugurée au commencement de ce siècle, inspira d'excellents travaux sur les affections blennorrhagiques de l'utérus, qu'on s'appliqua à distinguer des affections syphilitiques proprement dites. Benjamin Bell, et, à sa suite, les syphiligraphes de son école, ceux aussi de l'école physiologique, et, par contre-coup, tous les observateurs sans parti pris, Bosquillon, Jourdan, Desruelles, Richond des Brus, Hourmann, Gibert, Vidal, Ricord, ont beaucoup contribué à porter la lumière sur ces questions que leurs prédécesseurs avaient laissées dans l'obscurité la plus profonde.

L'usage du spéculum vulgarisé, vers le même temps, par Récamier, facilita beaucoup l'œuvre nouvelle. N'oublions pas que M. Ricord (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. II, 2e fascic.) fut un des premiers et des plus ingénieux promoteurs de cet instrument d'exploration qui lui servit puissamment à édifier ses doctrines, fondées tout à la fois sur l'observation clinique et sur l'expérimentation.

La doctrine plus moderne de la dualité des chancres n'a pas eu et surtout n'est pas destinée à avoir moins d'influence sur l'étude des maladies vénériennes de l'utérus.

Jusqu'à ces dernières années, on croyait avoir assez fait lorsqu'on avait distingué les exulcérations utérines blennorrhagiques des affections chancreuses, affections chancreuses qu'on regardait à tort comme étant toutes syphilitiques. L'observation clinique ne suffisant pas toujours pour établir le diagnostic, on avait recours, dans les cas douteux, à l'inoculation pratiquée à la malade elle-même. Puis, comme avec les idées erronées d'alors, les cas où la pustule caractéristique se développait, étaient précisément ceux qu'on jugeait syphilitiques, c'était à eux que, à défaut d'autres indices, on appliquait le traitement antisyphilitique. C'est dans cet esprit qu'ont été entreprises récemment une foule de recherches, très-intéressantes d'ailleurs, sur les maladies vénériennes, et plus particulièrement sur le chancre de l'utérus. Tous les travaux bien connus de MM. Bennet, Robert, Boys de Loury et Costhiles, Delmas, Grivot-Grandcourt, Sirus-Pirondi, Gosselin, Richet, Fournier, Bernutz, Scanzoni, Courty, portent plus ou moins cette tache originelle; aucun n'est complétement dégagé des erreurs inhérentes au principe de l'unité du chancre.

Aussi y a-t-il autant d'opportunité que d'importance pratique à étendre jusqu'aux maladies vénériennes de l'utérus le bénéfice de la doctrine dualiste : nulle part celle-ci ne saurait être plus féconde en résultats thérapeutiques. Les chancres de l'utérus, il ne faut pas l'oublier, sont des chancres profonds, larvés, difficilement accessibles au toucher; ils ne peuvent donc pas être appréciés aussi bien que les autres d'après leurs caractères physiques. Il n'y en a pas dont on éprouve plus le besoin de déterminer la nature par quelque moyen indirect, tel que l'inoculation. Tandis que dans les autres régions du corps le chancre n'était traité par le mercure que lorsqu'il était reconnu induré, on recourait souvent au traitement antisyphilitique

dans les cas de chancres utérins, ainsi que nous l'avons dit, dès que le résultat de l'inoculation était positif. D'un autre côté, beaucoup de chancres sans induration apparente, et notamment la classe si nombreuse des érosions chancreuses syphilitiques sont plus faciles à confondre avec les exulcérations blennorrhagiques sur le col de l'utérus que sur les régions extérieures. Par cela même que ces ulcérations superficielles, sans apparence indurée, ne fournissaient pas la pustule caractéristique, on ne les soumettait qu'au traitement simple.

Nous verrons par la suite que ces erreurs peuvent être dorénavant évitées et qu'il y a moyen, soit de ne plus regarder comme syphilitiques des affections simples, soit de ne plus regarder comme simples des affections syphilitiques, et cela aussi bien sur l'utérus que sur d'autres organes plus accessibles à nos sens.

(La suite au prochain numéro.)

DES DIATHÈSES DANS LES DERMATOSES

AU POINT DE VUE DE LA THÉRAPEUTIQUE

PAR E. GUIBOUT
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Lorsque l'on fait des maladies de la peau une étude spéciale et approfondie, on ne tarde pas à se convaincre que ces affections si importantes sont généralement peu connues. Un aveugle empirisme préside trop souvent à leur traitement. Le soufre, le sublimé, le camphre, si utiles quelquefois, mais le plus souvent dangereux, deviennent, entre les mains de médecins inhabiles et ignorants, des topiques employés sans discernement, et dont les effets thérapeutiques sont le plus habituellement déplorables.

Que voyons-nous tous les jours à l'hôpital Saint-Louis ? — des malades dont les dermatoses ont été dénaturées et aggravées par une médication inqualifiable, instituée sans aucune règle, sans aucune donnée scientifique, et dirigée comme au hasard.

D'autres fois, à côté de ces médications complexes, irritantes, et que nous pouvons bien appeler incendiaires, tant leurs résultats sont désastreux, nous trouvons des malades abandonnés à eux-mêmes, et presque absolument sans traitement, en sorte que leurs maladies, faute d'être combattues, s'aggravent par le fait même de leur ancienneté, s'éternisent et prennent une durée interminable et désespérante.

D'où viennent toutes ces erreurs et toutes ces aberrations thérapeutiques, sinon de l'ignorance dans laquelle sont les médecins, relativement à l'essence et à la nature des maladies de la peau ? Quel est le caractère de ces maladies ? Quel est leur

point de départ ? Sont-elles le produit d'une lésion toute locale, ou bien résultent-elles d'un principe vicieux général, d'une diathèse ? — Telle est la véritable question qu'il faut toujours se poser tout d'abord.

Sans doute il faut connaître, au point de vue nosographique, toutes les divisions établies pour classer les dermatoses : pustules, squames, papules, vésicules, etc... ; mais au point de vue du traitement, il faut surtout et avant tout, se demander quelle est la valeur de la dermatose, comme entité morbide ? toute la maladie réside-t-elle dans l'épiderme, comme dans l'ichthyose, ou dans les follicules sébacés, comme dans les diverses formes d'acné essentielle, ou dans le derme lui-même, comme dans l'érythéma intertrigo, comme dans certaines espèces d'eczéma, ou de lichen résultant de contacts irritants plus ou moins prolongés, comme dans la vraie et la fausse kéloïde, etc. ? Ou bien, au contraire, la maladie, localisée sur un point quelconque de la peau, n'est-elle autre chose que l'expression et la traduction d'un état diathésique qui a présidé à son développement et qui entretient sa durée ? — Voilà la véritable, la grande question qu'il faut résoudre avant d'instituer un traitement quelconque.

Mais la question n'est pas toujours aussi simple et aussi facile qu'on serait tenté de le supposer. En effet, avoir constaté qu'une dermatose est *diathésique*, c'est déjà beaucoup, assurément, mais ce n'est pas tout, car de même que bien souvent les maladies de la peau se compliquent mutuellement, de telle sorte que l'on peut voir, non pas seulement en même temps, mais encore sur le même point du corps, des pustules d'ecthyma, des vésicules d'eczéma et des papules de prurigo et de lichen, de même aussi la diathèse indiquée par la dermatose n'est-elle, dans bien des cas, que la complication d'une autre diathèse préexistante, et sur laquelle elle est venue secondairement se greffer. Or, chacune de ces deux diathèses devra peser de son poids dans la balance du thérapeutiste.

Ainsi, par exemple, si nous trouvons sur un malade un nombre assez considérable de bulles de *rupia escarrotica* avec leurs larges croûtes noirâtres, stratifiées et sanieuses, nous devrons de ce seul fait et de cette simple constatation clinique conclure qu'il y a là une cachexie, une altération du sang, une dépression de l'état général des forces et un véritable danger pour le principe vital. Mais cette cachexie est-elle une cachexie simple, comme celle qui résulterait, chez un individu primitivement sain, d'une mauvaise hygiène, d'habitudes vicieuses, de privations ou d'excès prolongés..., etc. ? Ou bien, au contraire, n'est-elle qu'une cachexie secondaire et résultant d'une diathèse préexistante, telle que la diathèse syphilitique ou la diathèse scrofuleuse ? — C'est là un diagnostic souvent très-difficile à établir, mais absolument indispensable au point de vue du traitement.

En effet, supposons toujours ce même rupia, indice avoué d'un état cachectique quelconque, survenant chez un individu syphilitique, que va-t-il arriver ? — Si nous ne voyons que la syphilis, et que, sans nous préoccuper de la cachexie en elle-même, nous soumettions immédiatement le malade à un traitement franchement spécifique ; ce traitement, bien qu'indiqué par une diathèse incontestable, sera mal supporté : des accidents graves surviendront du côté des voies digestives, l'état général des forces sera plus profondément atteint, et les manifestations cutanées de la diathèse et de la cachexie seront notablement aggravées.

Si, au contraire, nous ne nous occupons que de la cachexie en elle-même, sans nous mettre en peine de rechercher ce qu'elle est dans l'espèce et quelle est sa nature particulière ; alors nous pourrons bien, par un traitement analeptique, améliorer l'état général, modifier avantageusement les fonctions digestives, par exemple, mais jamais nous ne parviendrons à guérir le malade.

Ce qu'il faut faire dans un cas semblable, c'est d'abord de

bien asseoir son diagnostic et de le faire complet, de bien savoir assigner à chaque chose son expression propre, de bien savoir reconnaître que l'on a deux ennemis à combattre : la syphilis et la cachexie, qui en est la contre-partie. C'est à la cachexie qu'il faudra s'en prendre d'abord : on prescrira contre elle des amers, du quinquina, des ferrugineux, des bains aromatiques, les différentes applications de l'hydrothérapie ; une excellente hygiène, une alimentation tonique, ce sera la première phase du traitement, traitement préparatoire et préliminaire seulement, c'est vrai, mais cependant indispensable, et dont l'effet sera de faire cesser la cachexie et de mettre par cela même le malade en état de supporter ultérieurement un traitement spécifique qui seul sera vraiment efficace contre la syphilis et par conséquent seul capable d'amener une guérison complète et définitive.

Autre exemple : Supposons un eczéma occupant une partie du tronc ou répandu sur les membres en larges plaques symétriques et confluentes. C'est un véritable catarrhe de la peau qui se présente avec tous les signes de l'herpétisme ou diathèse dartreuse. Donc, deux indications se présentent en même temps : 1° traitement de l'affection locale ou de l'eczéma en lui-même, par des applications émollientes, des poudres siccatives et absorbantes, des révulsifs intestinaux, des boissons dépuratives, des bains généraux ou partiels, etc. ; 2° aussitôt que l'eczéma aura perdu son acuité, traitement de la diathèse herpétique ou dartreuse par le meilleur modificateur constitutionnel à ce point de vue, c'est-à-dire l'arsenic.

Mais ce n'est pas tout : derrière la diathèse herpétique, il s'en cache une autre avec laquelle aussi il faudra compter : le malade est blond, il a la peau fine, les chairs molles, en un mot, il est lymphatique. Or, cette constitution lymphatique apporte encore sa somme d'exigences thérapeutiques ; car si le lymphatisme ne produit pas à lui tout seul, dans le cas présent, l'affection dartreuse ; du moins il contribue à l'en-

tretenir; il s'allie en quelque sorte à l'herpétisme pour le rendre réfractaire à tous les efforts de la médication. Il faudra donc, en même temps que l'on combattra l'herpétisme par l'arsenic, combattre aussi le lymphatisme par les amers, par le quinquina, par les ferrugineux.

Nous pourrions faire les mêmes remarques à propos de l'arthritis, si bien décrit par M. Bazin : une dermatose quelconque, quelle que soit son espèce, dès lors qu'elle existe comme manifestation de la diathèse arthritique, impose un double traitement : 1° le traitement local de la dermatose elle-même; 2° le traitement de l'arthritis, c'est-à-dire l'emploi des alcalins.

Ce même précepte d'un traitement mixte s'adressant à deux diathèses à la fois, est encore indiqué par les syphilides les plus bénignes en apparence, quand elles existent chez un malade lymphatique, ou chloro-anémique, ou scrofuleux. Ne sait-on pas, en effet, que ces diathèses sont pour la syphilis un véritable terrain plantureux où elle pousse des racines si profondes que le mercure à lui tout seul est le plus souvent impuissant contre elle-même. Mais alliez, comme nous le faisons toujours à l'hôpital Saint-Louis, la médication spécifique de la syphilis, à la médication altérante au point de vue de la constitution du malade; donnez en même temps le mercure, le fer, les iodiques, le quinquina, et vous verrez que la syphilis sera efficacement battue en brèche.

Nous en avons dit assez pour montrer que dans le traitement des dermatoses il faut se préoccuper, non pas seulement de la maladie en elle-même, mais encore le plus souvent du malade. Le médecin dermatologiste doit être un clinicien sachant apprécier, d'une part, toutes les indications thérapeutiques posées par l'âge, le sexe, le tempérament, la constitution du malade, et sachant aussi, d'autre part, rattacher des lésions cutanées en apparence légères et sans portée par elles-mêmes, aux différentes diathèses qui les produisent, favorisent leur développement et entretiennent leur durée.

BIBLIOGRAPHIE

De la prostitution dans les grandes villes au XIXe siècle et de l'extinction des maladies vénériennes, par J. Jeannel, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, médecin en chef du Dispensaire, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Gironde, etc. Paris, 1868. 1 vol. de 416 pages. — Prix : 4 fr. 50.

Le problême si difficile de l'extinction des maladies vénériennes ou tout au moins de leur diminution progressive, semble entrer dans une nouvelle phase.

Jusqu'ici, malgré de nombreuses aspirations, la science ne paraissait voir de lutte possible contre la propagation de la syphilis, que dans l'organisation toujours plus parfaite de la police sanitaire. C'est qu'elle considérait la prostitution publique, non-seulement comme le foyer principal de la contagion, mais encore comme le seul foyer que l'on pût utilement atteindre et assainir. Cette vue juste, mais incomplète, ne conduisait qu'aux moyens de restreindre localement le mal dans telle ou telle ville, en le laissant librement agir partout ailleurs ; on obtenait ainsi des résultats partiels mais complétement illusoires.

Depuis que des statistiques bien faites ont démontré que la prostitution, soumise à une surveillance exacte, n'était que la moindre cause de l'extension des affections vénériennes, et qu'il fallait chercher la source véritable de ces maladies, non-seulement dans la prostitution clandestine, mais aussi dans les grandes catégories populaires, les soldats, les marins, les ouvriers des manufactures, etc., on s'est préoccupé d'appliquer à ces vastes corporations les précautions prophylactiques dont l'hygiène enseigne le pouvoir. Ici encore, on s'est bien vite aperçu de l'impuissance à laquelle on serait ré-

duit, tant que l'application des moyens préservateurs serait opérée sans ensemble, et l'on a songé à appeler sur un sujet si grave l'attention non-seulement du gouvernement français, mais aussi, par l'intervention active de la France, l'attention de tous les États civilisés.

Tel a été le sens manifeste de la question posée dans le courant de l'année dernière, par le Congrès international de médecine siégeant à Paris :

« Est-il possible de proposer aux divers gouvernements quelques mesures efficaces pour restreindre la propagation des maladies vénériennes ? »

Cette question, à laquelle la médecine lyonnaise n'est pas restée étrangère, a été éclairée par des travaux importants ; mais aucun ouvrage n'a plus contribué à jeter sur ce grand problème une vive lumière, que le livre dont nous voulons rendre compte.

M. Jeannel était vraiment préparé de longue main à cette tâche. Ses études antérieures sur l'importance de la statistique militaire, comme thermomètre du progrès ou de la décroissance des maladies vénériennes dans les villes de garnison ; ses écrits remarquables sur la prostitution dans la ville de Bordeaux dont il dirige avec zèle le Dispensaire, après l'avoir intelligemment organisé ; une pratique assidue de ce service important depuis près de dix années, tout avait familiarisé notre éminent confrère avec le sujet qu'il voulait embrasser.

Sortant cette fois des applications locales de la question, et envisageant la prostitution publique dans les grandes villes, M. Jeannel cherche les moyens généraux à mettre en œuvre pour limiter, pour éteindre même les effets morbides de cette lèpre sociale. C'est par ses propres recherches, aidées de celles de ses devanciers dont il tient grand compte, qu'il a ainsi élaboré d'avance la matière délicate que la Commission du Congrès a soumise au creuset d'une discussion internationale pour en faire sortir, s'il se peut, les mesures générales qui

doivent hâter l'événement bien éloigné sans doute, mais non impossible à prévoir, de l'extinction des maladies contagieuses, produites par le rapprochement des sexes.

L'ouvrage de M. Jeannel est divisé en deux parties.

La *première partie* a pour titre : *De la prostitution dans l'antiquité et particulièrement à Rome.* « C'est, dit l'auteur, une collection de textes tirés des auteurs latins, recueillis et mis en ordre logique, pour faire connaître la prostitution romaine. » Ce que nous pouvons ajouter, c'est que ces recherches littéraires, bien qu'elles ne se lient pas nécessairement au sujet tout moderne de l'extinction des maladies vénériennes, ont un haut intérêt de curiosité, et qu'elles donnent de l'érudition spéciale du professeur de Bordeaux l'opinion la plus flatteuse que rehausse encore son talent d'écrivain. Mais nous ne pouvons ni ne devons nous arrêter sur cette partie de son travail, si ce n'est pour la signaler aux gourmets et aux curieux de l'antiquité.

La *seconde partie*, celle que nous désirons aborder de plus près, traite de *la prostitution à l'époque actuelle et de l'extinction des maladies vénériennes.* Indiquons d'abord les principales lignes de ce vaste sujet; nous circonscrirons ensuite les points que nous voudrions particulièrement examiner.

Cette seconde partie est divisée en trois sections.

Dans la *première*, M. Jeannel étudie les questions générales d'hygiène, de moralité publique et de légalité, qui se rattachent à la prostitution; il démontre que toutes les villes où la prostitution est livrée à elle-même, Londres par exemple, et les principales stations maritimes, deviennent des foyers d'infection ; il établit, par un aperçu historique, l'égale impossibilité de supprimer la prostitution de haute lutte et de la reconnaître en la réglementant par une loi ; il décrit la manière de vivre des prostituées dans nos grandes villes, et il finit par une étude approfondie de la prostitution clandestine, qui est comme l'apprentissage de la prostitution publique.

La *seconde section* est consacrée à l'examen critique des règlements sanitaires actuellement en vigueur dans les principales villes de l'Europe. L'auteur en déduit un projet de règlement uniformément applicable à la répression des scandales et des dangers de la prostitution, dans tous les pays civilisés. Cette section se termine par l'étude et la discussion des divers moyens prophylactiques susceptibles d'être réglementés par l'administration civile.

La *troisième section* comprend les moyens prophylactiques généraux, savoir : les hôpitaux de vénériens, les dispensaires spéciaux et les consultations gratuites, puis les moyens prophylactiques applicables aux militaires, aux marins de la flotte et aux ouvriers civils.

Le consciencieux ouvrage de M. Jeannel est clos par une série de conclusions qui permettent d'en suivre l'enchaînement et d'en saisir à la fois l'ensemble et les détails.

Cet exposé succinct, dans lequel nous avons suivi pas à pas l'auteur s'analysant lui-même dans sa préface, fait connaître le cadre où se développe son œuvre; il peut donner le désir de la connaître, mais il n'en représente que très-sèchement la substance. C'est dans le livre même de M. Jeannel, intéressant comme un roman ou mieux comme le tableau vivant d'une triste réalité, qu'il faut lire les descriptions si colorées qu'il donne des diverses formes de la prostitution, les discussions si approfondies et pourtant sommaires des principes qui doivent régler la surveillance d'un mal qu'il convient de contenir, puisqu'on ne peut l'empêcher; enfin les détails si précis, si techniques de l'organisation de l'assistance publique, dans ses applications variées à la prophylaxie comme au traitement des maladies vénériennes. Pour nous, forcé de nous réduire à la mesure d'un article de journal, nous ne toucherons qu'à trois points sur lesquels nous sommes, avec M. Jeannel, et plus que lui peut-être, disposé à aller résolûment jusqu'aux conséquences logiques des principes qu'il adopte et qu'il défend

avec un rare talent; nous voulons parler : 1° de la nécessité des recherches de police pour combattre la prostitution clandestine; 2° de la visite préventive des hommes soumis par état au contrôle des grandes administrations : les soldats, les marins, les ouvriers de certaines manufactures; 3° enfin de la possibilité d'opposer au torrent des maladies vénériennes, des digues encore submersibles, il est vrai, mais néanmoins propres à limiter ses ravages.

1° M. Jeannel établit excellemment que dans la société il n'y a pas de liberté absolue; que toute liberté a pour limite le droit d'autrui; que, par conséquent, la prostitution, malgré l'antiquité de son origine, malgré son universalité, et la nécessité reconnue de son existence, ne saurait être libre, et que la société, forcée de la tolérer, a le droit et le devoir de réprimer ses scandales et de prévenir ses dangers, au double point de vue de la morale et de la santé publiques. Malheureusement, la société, ne pouvant ni interdire la prostitution par une loi qui serait inexécutable, ni la réglementer sans lui reconnaître une existence civile, s'est vue forcée d'abandonner la surveillance de ce hideux et dangereux métier, au pouvoir discrétionnaire de la police, dont les agents, sans cesse retenus par la crainte d'outrepasser leurs attributions et de violer la liberté individuelle, flottent, incertains de l'appui des lois, entre la tolérance inévitable et la répression nécessaire de la prostitution.

De là vient pour la police la difficulté de contenir dans de justes bornes la prostitution clandestine, qui ne le cède en rien pour l'immoralité à la prostitution publique, et qui est (les statistiques le prouvent) infiniment plus dangereuse au point de vue de l'hygiène. Cette difficulté de la répression de la prostitution clandestine, conduit trop souvent la police à l'inertie vis-à-vis de la classe la plus considérable des filles publiques. Certes, une méprise qui ferait arrêter une femme honnête ou même une femme de mœurs légères, serait infiniment regret-

table; elle serait presque irréparable si elle allait jusqu'à lui imprimer au front le sceau infamant de la prostitution. Mais cette erreur est-elle donc si facile à commettre? Et au-dessous de ce niveau des femmes galantes pour lesquelles la confusion serait possible, n'existe-t-il pas une foule de filles dévoyées, sans travail, vivant ouvertement de débauche payée, fréquentant assidûment, dans ce but, et les rues et les lieux de plaisir, et qui n'ont de la clandestinité que le nom, sans se distinguer autrement des filles soumises que par leur soin à échapper à l'inscription, et par la propagation cent fois plus active des maladies vénériennes. A Paris, l'immensité de la ville et la multitude des femmes interlopes, permettent aux filles clandestines de se soustraire plus facilement aux recherches; mais à Lyon, à Bordeaux, à Marseille, et à plus forte raison dans les villes moins considérables de la province, ces filles sont parfaitement connues des agents; les motifs de les arrêter, de les soumettre à la visite, de les inscrire même sur le registre de la prostitution, ne manquent pas; mais, de toutes les indications formelles qui permettent d'atteindre ce but, l'administration ne veut le plus souvent donner pour consigne aux agents que la provocation manifeste à la débauche sur la voie publique, c'est-à-dire le *raccrochage*. Toutes les filles publiques le savent et n'ont d'autre souci que de dissimuler, sans méprise possible pour le public, le seul signe apparent qui pourrait les faire arrêter. Et pourtant, sans soulever de conflit et sans provoquer de lutte, rien ne serait plus aisé que d'amener au dispensaire (ne fût-ce que pour les soumettre à la visite) un grand nombre de ces filles si souvent malades et qui portent à la santé publique un si grave préjudice. La persuasion suffirait fréquemment, surtout si le chef du bureau des mœurs, comme nous en connaissons des exemples, pouvait toujours unir le tact de l'homme intelligent et instruit au zèle et à l'activité de l'agent subalterne. Au lieu de l'inscription imposée d'office, à laquelle l'administration ne se résigne jamais

qu'avec une extrême circonspection, on obtiendrait plus souvent l'inscription volontaire, conseillée avec mesure par l'inspecteur, et acceptée par la fille clandestine comme un refuge contre les tracasseries de la police et les poursuites auxquelles l'expose sa vie dévergondée. Et à défaut d'inscription d'aucune sorte, ces filles suspectes seraient au moins fréquemment assujetties à la visite sanitaire; elles en prendraient vite l'habitude et il y aurait dans cette mesure préventive un véritable service rendu à l'hygiène des grandes villes.

Pour la visite de ces femmes suspectes qui, engagées dans les tortueux sentiers de la prostitution clandestine, côtoient à tout moment l'abîme de la prostitution publique où les attend la police, M. Diday a proposé un moyen mixte auquel nous acquiesçons volontiers, et qui mériterait d'être essayé, car nous le croyons réalisable. Toute femme soupçonnée de se livrer trop facilement à des amants inconnus, serait discrètement avertie « soit par un agent, soit par lettre, qu'elle aura à fournir mensuellement un certificat de santé spéciale. Ce certificat lui serait délivré par le médecin qu'elle choisirait elle-même, et chez lequel elle pourrait se rendre. Chaque certificat porterait l'adresse de la suspecte : bon moyen de faciliter la surveillance ultérieure. Il porterait aussi son consentement à ce qu'on s'assurât auprès du médecin de la sincérité de la signature apposée par lui. Enfin, la femme serait prévenue que faute de se soumettre à cette visite-là, elle serait exposée à être recherchée, puis, en cas de récidive, à se voir *inscrite* d'office, menace qui produirait ses effets » (1).

Ce système appliqué aux femmes simplement mais fortement soupçonnées, sans préjudice des mesures de police plus directes qui doivent atteindre celles contre lesquelles existent des preuves de prostitution habituelle, aurait chance d'obtenir le concours des femmes et des médecins : une formalité si

(1) *Gazette médicale de Lyon*, 7 décembre 1867.

douce, une pénalité si atténuée, n'inquiéterait pas non plus les scrupules des victimes des trop faciles amours; les vénériens feraient plus facilement connaître à l'autorité le nom et l'adresse de la femme à laquelle ils peuvent attribuer leur mal, sachant qu'elle en sera quitte pour une simple invitation à se faire visiter sans qu'il lui arrive rien de pis. Peut-être M. Diday a-t-il raison d'ajouter que l'administration sera ainsi d'autant mieux armée qu'elle menacera de frapper moins fort.

Quoi qu'il en soit, il faut, par tous les moyens possibles, arriver à la visite volontaire ou obligatoire des filles clandestines, alors même qu'il existerait des motifs de ne les point inscrire. C'est à ce prix, mais à ce prix seulement, que la police sanitaire peut avoir, dans les centres importants de population, une efficacité réellement appréciable, et nous n'hésitons pas à conclure, avec M. Jeannel, que « toutes les mesures administratives, toutes les mesures sanitaires qui peuvent être prescrites pour prévenir les scandales et les dangers de la prostitution publique, et pour empêcher la propagation des maladies vénériennes, deviennent à peu près illusoires, si le service de la police est négligé, en ce qui concerne la prostitution clandestine. »

2° Mais si l'extension de la contagion s'opère surtout par les filles insoumises qui échappent aux inspections médicales, il n'est pas moins certain que les maladies vénériennes se propagent tout autant par le commerce de ces filles avec les hommes de toute catégorie qui les fréquentent; aux premiers rangs il faut compter les soldats, les marins et les ouvriers de toute sorte. Il serait à souhaiter que, sans blesser les usages et les convenances, on pût soumettre à la visite tous ceux qui, à un moment donné, peuvent être des agents de contagion; c'est dans le but d'empêcher leur dangereux contact, que la visite préalable des hommes par les filles publiques est si instamment recommandée, si habituellement pratiquée d'une manière ouverte ou détournée, et c'est à cette précaution généralement

en usage, non moins qu'aux soins plus assidus de propreté, qu'il faut attribuer le nombre relativement très-petit d'affections vénériennes qu'on rencontre chez les filles régulièrement soumises à l'inspection sanitaire. Mais, si la visite sanitaire ne peut être imposée indistinctement à tous les hommes en relation intime avec des femmes suspectes, elle peut être facilement exigée des catégories d'hommes enrégimentés, comme les soldats et les marins de l'État, et l'on sait que des règlements ministériels la prescrivent formellement; nous ne pouvons, à cet égard, que faire des vœux pour qu'elle s'accomplisse au moins tous les dix jours (et non pas seulement tous les mois) avec tout le soin nécessaire. Quant aux marins libres du commerce et aux ouvriers agglomérés dans les grandes manufactures, cet assujettissement à la visite sanitaire est plus difficile, ne pouvant être ni militairement, ni administrativement ordonné. Toutefois, il n'est pas impossible de concevoir que cette visite pourrait être une condition de l'engagement des matelots de la marine marchande et qu'elle aurait lieu soit au départ, comme une garantie de validité et de bon service pendant le voyage, soit à l'arrivée dans les ports de relâche ou de débarquement, comme une mesure analogue à celle des quarantaines. C'est ainsi que l'a compris M. Jeannel, qui a formulé à ce sujet tout un règlement sanitaire, auquel nous renvoyons, en regrettant de ne pouvoir le suivre dans tous ses détails. Qu'il nous suffise de dire que ce droit de visite, exercé par les médecins sanitaires des diverses nations, sous la haute direction des consulats maritimes, devrait résulter de conventions internationales préétablies, pour qu'il pût avoir pour sanction l'entrée obligatoire des malades dans des hôpitaux spéciaux ou lazarets vénériens, chargés de les traiter aux frais de leurs gouvernements respectifs. M. Jeannel estime à 300 000 le nombre des marins qui débarquent annuellement dans nos ports, et au moins à 15 000 celui des malades qui propagent les maladies vénériennes, avec une

intensité d'autant plus grande que le mal est souvent plus ancien et qu'il ne supprime pas les besoins de toute nature qu'engendrent les longs voyages et qu'on se promet d'assouvir avec l'argent mis en réserve à cette intention. Qu'on juge par ce rapprochement statistique de l'étendue des ravages que fait la syphilis, par suite de l'admission des marins en libre franchise dans tous les ports du monde, et de l'importance des mesures sanitaires qui pourraient y remédier.

Comme M. Jeannel, nous voulons croire que la visite des ouvriers civils, sans la séquestration des malades, serait presque complétement illusoire. Mais pourquoi cette visite ne deviendrait-elle pas une des conditions de l'admission des ouvriers, surtout dans les manufactures où la contagion résulte parfois de la nature même du travail, comme dans le soufflage du verre. Il est évident que cette visite, établie dans l'intérêt de la santé commune, n'aurait rien de bien vexatoire pour des hommes en âge de raison, si elle était faite par le médecin de l'établissement avec la décence convenable, et si le traitement qui s'ensuivrait, le cas échéant, fait à l'hôpital ou à domicile, était gratuit et exempt de toute humiliation. Jusqu'à ce qu'il en soit ainsi (et nous appelons ce résultat de tous nos vœux), nous ne voyons de progrès véritables à effectuer au profit des ouvriers civils et de la santé publique, que dans l'amélioration des hôpitaux vénériens et la libre admission des malades, dans l'organisation des dispensaires spéciaux avec délivrance gratuite des médicaments, enfin dans la responsabilité civile des maîtres que des condamnations onéreuses obligeraient enfin à adopter les mesures sanitaires que l'hygiène conseille et que la prudence impose.

3° Nous ne saurions trop louer l'auteur du livre que nous venons d'analyser dans quelques-unes de ses parties, pour le zèle et le talent dont il a fait preuve en l'écrivant. L'étendue des recherches auxquelles il s'est livré, l'exactitude des détails de tout genre que son œuvre renferme, l'ordre et la clarté

dans la distribution des matières, enfin le mérite de l'exposition d'un sujet dans lequel la plume élégante et souple de M. Jeannel sait prendre facilement tous les tons, voilà des titres nouveaux à la considération publique et à l'autorité, déjà et dès longtemps acquise par le savant hygiéniste de Bordeaux, dans la science qu'il a particulièrement cultivée. La place que lui a si opportunément dévolue l'élection, dans la Commission internationale du congrès, à côté des Ricord, des Rollet, des Galligo, et des spécialistes les plus célèbres de tous les pays, était justifiée par ses travaux antérieurs ; on peut dire aujourd'hui que, par son récent ouvrage sur la prostitution des grandes villes, M. Jeannel s'est constitué en quelque sorte le rapporteur-né des mesures internationales que cette Commission élabore, et que le public attend avec une légitime impatience. Nous espérons que la Commission ne faillira pas à sa tâche ; dès ce jour, nous avons la certitude que M. Jeannel remplira avec succès toute la sienne.

Si les retards que la Commission internationale de la prophylaxie des maladies vénériennes met à publier ses travaux peuvent donner une idée de leur importance, nous devons nous attendre à un grand résultat. Mais devons-nous espérer la solution complète du laborieux problème confié à ses recherches ? Nous ne devons point nous faire une telle illusion ; notre imagination peut caresser, dans un lointain avenir, cette belle espérance, mais notre raison ne saurait de sitôt l'accepter.

A côté des foyers d'infection que les mesures sanitaires les mieux combinées peuvent atteindre, il y aura toujours la prostitution plus ou moins occulte et insaisissable, mal social que les mesures de police ne peuvent détruire. Dans les grandes villes, le nombre des filles inscrites tend à diminuer, et celui des filles insoumises à s'accroître ; et tandis que les premières offrent moins de maladies contagieuses, les secondes sont dans une large proportion affectées de syphilis. La prostitution aug-

mente. Elle s'étend sourdement dans tous les rangs de la société, et, en se dérobant aux regards de la police, elle devient plus dangereuse pour les mœurs et pour la santé publique.

Comment s'étonner que la prostitution tende à changer de physionomie, lorsque par une indulgence coupable, sinon par une sympathie insensée, partout, dans les livres et au théâtre, on dresse un piédestal à la débauche payée. « Ce ne sont plus, dit M. Lecour, observateur bien placé pour juger de ces choses (1), ce ne sont plus les filles publiques d'autrefois, honteuses de leur situation et faisant leur triste métier sous l'œil de la police. Les *insoumises* de nos jours ne soulèvent plus la réprobation, et elles semblent avoir droit de cité. Infime monnaie de courtisanes, provoquantes d'attitude, rivalisant entre elles de toilettes excentriques, elles rêvent toutes une notoriété scandaleuse et s'en vont jouant du regard, se faisant accoster mais n'accostant pas, cherchant l'occasion, se contentant de tous les hasards et offrant beaucoup plus de danger que les filles *inscrites*. »

« Il y a bien de l'injustice, continue M. Lecour, dans les récriminations qui, quotidiennement, reprochent tour à tour à la police sa tolérance ou ses rigueurs pour les femmes de débauche. On ne songe pas assez à la difficulté qu'offrent à tous les points de vue les arrestations en matière de prostitution. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit de femmes circulant dans des promenades et des lieux publics, où les hommes sont en majorité ; que la plupart sont jeunes, souvent jolies et élégantes, et qu'il ne manque jamais de se produire en leur faveur des interventions, parfois malsaines et intéressées, parfois honnêtes, mais toujours irréfléchies, qui encouragent des résistances et occasionnent le scandale. Avec les excentricités d'al-

(1) *De la prostitution et des mesures de police dont elle est l'objet à Paris*, par J. Lecour, commissaire interrogateur, chef de bureau à la préfecture de police (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1867).

lures et de toilette communes aujourd'hui à des femmes appartenant à des classes sociales très-différentes, que d'erreurs possibles si la répression ne procédait pas avec une excessive réserve ! »

Certainement, le danger est là, et il faut en accuser la tolérance de nos mœurs plus encore que la tolérance de notre police. Mais, sans nous en prendre à la police qui, malgré les confusions de la mise, trouve encore le moyen d'arrêter chaque année près de 2000 filles clandestines dans la capitale, où l'on peut dire, comme au XV[e] siècle, *qu'à peine si on y congnoit les bonnes prudes femmes et bourgeoises notables de la ville de Paris* (1), n'est-il pas permis de croire que les difficultés ne sont pas partout les mêmes, qu'elles ne sont pas toujours insurmontables, et qu'on peut demander à l'administration de mettre son zèle et son dévouement au niveau du danger commun. Près de 50 000 hommes de nos troupes de terre et de mer, disions-nous ailleurs (2), sont annuellement atteints par la contagion, et la population de nos grandes villes paye un énorme tribut à la syphilis. C'est par millions de francs qu'il faut compter ce que cette maladie coûte aux hôpitaux ; c'est par millions qu'il faut compter aussi ce qu'elle enlève à la production. » Dans les villes où la police sanitaire est bien organisée, on ne tarde pas à voir diminuer le nombre des maladies vénériennes. Les statistiques en font foi. Le grand écueil de la prophylaxie antivénérienne est le défaut d'application générale. Si donc des mesures préventives, sagement combinées et pratiquées avec suite, étaient instituées dans tous les centres suffisants de la population française, si, non-seulement les filles insoumises, mais encore, comme le demandent depuis long-

(1) Ordonnance de 1419 interdisant aux filles de porter les objets de toilette qui ont fait dire : Bonne renommée vaut mieux que ceinture dorée.

(2) *De la police sanitaire*, rapport à la Société de médecine de Lyon, 1866.

temps les hygiénistes, tous les groupes d'hommes facilement accessibles pour l'administration étaient assujettis régulièrement à la visite médicale, si surtout, grâce à une convention internationale, ces mesures venaient à se généraliser en Europe et chez tous les peuples civilisés, il est hors de doute qu'un bien immense serait obtenu, et qu'on pourrait alors entrevoir le jour futur de l'extinction des maladies vénériennes.

J. Garin.

REVUE DES JOURNAUX

N'ayant à notre disposition qu'un petit nombre de journaux, il nous a été impossible, pour ce premier numéro, de donner une revue complète, comme nous comptons le faire dorénavant. A. D.

Proportion des maladies de la peau dues à la syphilis.

Entendant répéter que la syphilis cause ou complique un grand nombre de ces maladies, et voulant vérifier statistiquement jusqu'où va l'exactitude de ce préjugé, M. Hutchinson a, deux fois de suite, tenu note à sa consultation publique pour les affections cutanées, du nombre de celles qui paraissaient dépendre de la syphilis.

Voici le résultat de ce calcul :

Le 12 juillet : maladies non syphilitiques, 48 ; syphilis acquise, 4 ; syphilis héréditaire, 2. Total, 54 ; proportion de la syphilis, 1 sur 9.

Le 23 juillet : maladies non syphilitiques, 76 ; syphilis acquise, 11 ; syphilis héréditaire, 1. Total, 88 ; proportion de la syphilis, près de 1 sur 7.

Cette constatation a été faite en présence d'étudiants et de médecins qui y portaient un intérêt spécial. Il faut noter aussi que tous les cas dont la nature syphilitique ou non syphilitique donnait lieu à quelques doutes, ont été comptés comme appartenant à la syphilis. (*British medical journal*, 18 janvier 1868.)

Traitement de la blennorrhagie par les granules de digitale,
par M. le docteur Berenger-Feraud.

Nous avons vu bien souvent et depuis longtemps employer la digitale (sous forme de granules) contre l'éréthisme sanguin et nerveux qui engendre les érections douloureuses durant la période aiguë de la blennorrhagie uréthrale. Bien certainement cet agent n'est pas sans influence ; mais même à l'égard de cette indication restreinte, il est loin de mériter le premier rang parmi les nombreux médicaments dont on peut disposer pour la remplir.

Quant à admettre une *action anti-blennorrhagique* de la digitale, à la substituer, par conséquent, ou même à l'associer aux antidotes éprouvés de cette maladie, il n'y faut point penser ; et nous reconnaissons avec éloge que M. Berenger-Feraud n'y pense point lui-même. Mais obtenir une action sédative chez des sujets *peu irritables*, qu'on *exempte de travail*, est-il un résultat assez important pour légitimer l'essai d'un toxique qui, tel qu'il est ici conseillé, peut devenir offensif, puisqu'on recommande de n'en subordonner la dose qu'à la tolérance du tube digestif?... Voilà la question que l'on peut poser à l'auteur ; et

sans décourager aucune tentative rationnelle, nous saisissons cette occasion pour l'adresser en même temps à tous les promoteurs d'antiblennorrhagiques nouveaux, que chaque jour voit éclore. Contre une affection qui a ses spécifiques assurés, ne vaut-il pas mieux travailler à déterminer, par leurs cas d'application, leurs conditions de réussite, que de chercher toujours à remplacer le remède dont on est sûr par le remède dont on ignore l'effet?

Cas de macrosomie simulant un éléphantiasis général.

Cette singulière difformité avait déjà été observée par Saucerotte, par Verga et par Virchow, qui en citent chacun un exemple.

A son tour, M. Lombroso rapporte l'histoire d'un homme de trente-sept ans, né en Lombardie, qui, bien portant jusqu'à vingt et un ans, eut une bronchite à la suite de laquelle son corps augmenta de volume avec une rapidité telle que, dans l'espace de quatre mois, il dut changer trois fois ses habits. Pendant ce temps, il souffrait d'une petite fièvre par accès, de quelques douleurs des os, des articulations et de l'estomac, et il était atteint d'une voracité extraordinaire.

M. Lombroso, qui le vit seize ans après, à l'hôpital de Pavie, constata qu'il avait 1 mètre 80 de hauteur, un poids de 120 kilos 400, la peau d'un jaune obscur, la barbe rare. La face, anormalement développée dans le sens de la largeur, offrait par ce fait l'aspect d'un gorille ou d'un lion ; mais les parties molles n'avaient pas suivi l'ampliation du squelette de cette région, les yeux, le nez, la langue et les lèvres n'ayant presque que le volume normal. Le cou, les épaules, le thorax étaient du double plus large qu'à l'état naturel. Quant aux os, l'humérus et le fémur n'étaient point hypertrophiés ; mais à partir de la moitié de l'avant-bras ainsi que de la jambe, les membres étaient extraordinairement hypertrophiés, plus cependant dans les membres supérieurs que dans les inférieurs.

En résumé, il n'y a d'hypertrophie dans le squelette que les os zygomatiques, les vertèbres, les côtes, le sternum, les avant-bras, les pieds et les mains. Le fémur, l'humérus, tous les os du crâne et du bassin sont normaux.

La peau est épaissie, comme dans l'éléphantiasis, aux régions hypertrophiées de l'avant-bras, des pieds et de la face. Dans ces mêmes régions, les chairs paraissent, au toucher, d'une dureté plus que musculaire, lardacée ou cartilagineuse.

Le pouls varie de 80 à 90 ; la chaleur est de 37 degrés, les urines acides sont normales pour la composition.

La faim vorace dont nous avons parlé n'a jamais abandonné ce malheureux depuis le commencement de sa croissance anormale. En outre, il se plaint de dyspnée, d'une cardialgie atroce après le repas, de tremblements après le travail, de douleurs au pourtour des yeux, des oreilles, de la bouche, de l'anus.

La sensibilité n'est pas altérée, l'intelligence très-lucide. L'auteur fait même ressortir le sentiment de dignité, assez rare dans cette classe sociale, qui porta ce pauvre homme à refuser toutes les propositions qui lui furent faites de laisser exploiter sa difformité en vue d'une spéculation dont il aurait bénéficié lui-même.

Les causes individuelles de cette dégénérescence ont été étudiées avec beaucoup de soin par M. Lombroso à travers les antécédents de tous les membres de la famille. Ainsi le père de ce sujet mourut, âgé, d'une affection typhoïde. La mère était sujette à des maladies cutanées et osseuses, probalement syphilitiques, certainement guéries par le mercure, auxquelles elle succomba à soixante-deux ans. Parmi ses frères, ses sœurs, ses oncles et ses tantes, il y eut plusieurs cas de méningite et d'altérations du système osseux. (*Giornale italiano delle malattie venere e delle malattie della pelle,* 16 septembre 1868.)

Du bromure et du bibromure de mercure comme agents thérapeutiques.

M. Protheroë Smith a étudié ces composés à deux points de vue différents : chimiquement, par l'induction; puis, cliniquement, par l'expérimentation.

Les divers métalloïdes paraissent avoir des propriétés thérapeutiques d'autant plus actives que chacun d'eux entre en proportion moins considérable dans les composés avec les divers métaux. Un coup d'œil jeté sur le tableau suivant va montrer aux chimistes qui sont praticiens, à quel point cet aperçu se trouve justifié dans l'application. Ainsi :

	Métalloïde.	Mercure
Le fluorure de mercure contient	8,8	91,2
Le bifluorure de mercure	16,4	83,2
Le protochlorure de mercure (calomel).	15,1	84,9
Le perchlorure de mercure (sublimé). .	25,9	74,1
Le bromure de mercure.	28,6	71,4
Le bibromure de mercure.	44,5	55,5
L'iodure de mercure	38,9	61,1
Le bi-iodure de mercure	56,0	44,0

Ce qu'il faut surtout retenir de ce tableau, c'est ce fait, savoir : que considérés en masse, les fluorures sont thérapeutiquement plus actifs que les chlorures, les chlorures que les bromures, et les bromures que les iodures.

D'après sa pratique, M. Smith nous apprend que le protobromure opère à doses moindres que le calomel ; qu'il agit plus agréablement et plus efficacement comme cholagogue et comme purgatif, sans les effets dépressifs qui accompagnent quelquefois l'administration du calomel. Ce médicament semble avoir des avantages en provoquant l'absorption des glandes ou des tissus hypertrophiés, sans laisser appréhender autant de troubles constitutionnels que par l'emploi des chlorures. M. Smith l'a administré, avec un bon résultat, dans des cas de congestion biliaire du foie, dans l'hépatite chronique avec augmentation de volume de l'organe et dans les maladies de peau justiciables du mercure. Il pourrait citer, dit-il, plusieurs cas intéressants de grosses tumeurs abdominales qui furent sensiblement diminuées et, dans deux circonstances, disparurent entièrement, par le protobromure de mercure, à la dose de 20 centigrammes et demi, et par le bibromure employé sous forme de pommade à la dose de 20 centigrammes pour 30 grammes de cold-

cream. Il a aussi traité avec succès une tuméfaction de l'utérus avec dépôts morbides autour du col au moyen de pessaires de bibromure, associés à l'action externe de la pommade bibromurée.

La dose quotidienne du médicament, tel que l'a formulé M. C. Gibb, est, pour le protobromure, de 5 à 10 centigrammes, et, pour le bibromure de 3 à 12 milligrammes. (*The British medical Journal*, 17 octobre 1868.)

Psoriasis syphilitique; impétigo de la face; apparition de nodus pendant le traitement par l'iodure de potassium, par le docteur Cheadle.

J. P..., robuste et vigoureux jeune homme, âgé de vingt-deux ans, me consulta en mars dernier. Il était atteint d'un psoriasis général; les taches (*patches*) étaient irrégulières, mal définies, d'une couleur brune, en quelque sorte tuberculeuses; les écailles étaient petites et peu abondantes; il avait eu une syphilis primitive un an auparavant (25 centigrammes d'iodure de potassium dans une infusion de quassia, trois fois par jour; frictions avec un onguent résineux sur la peau).

A la fin d'une semaine, la quantité d'iodure de potassium fut portée à 40 centigrammes, que le malade continua à prendre pendant trois semaines. A ce moment, le psoriasis avait presque entièrement disparu, mais il survint un impétigo du menton et de la partie inférieure des joues; l'onguent fut remplacé par une pommade mercurielle faible et l'iodure de potassium fut continué comme auparavant.

Le 30 avril, sept semaines après le commencement du traitement, il était débarrassé de la maladie de peau, mais il se produisit un nodus d'environ 5 centimètres de diamètre sur la jambe droite; la douleur était assez grande pour empêcher le sommeil. La quantité d'iodure de potassium fut porté à 50 centigrammes, puis le malade resta pendant longtemps sans se présenter à l'hôpital. Lorsqu'on le revit quelques semaines plus tard, il dit que le nodus avait disparu au bout de huit ou dix jours; pendant ce temps, il avait continué à prendre le médicament.

L'apparition de nodus, malgré l'usage régulier et pendant sept semaines d'un remède réputé infaillible contre cette forme de syphilis, est un fait intéressant en thérapeutique. (*The Lancet*, 17 octobre 1868.)

Il y a lieu, croyons-nous, de formuler quelques réserves, ou du moins quelques explications, au sujet de cette appréciation. Que des accidents syphilitiques nouveaux se produisent durant le cours d'un traitement antisyphilitique régulièrement suivi, c'est ce que nul spécialiste ne niera, parce qu'il n'est pas de semaine où il n'ait l'occasion d'en constater d'irrécusables exemples.

Mais ce fait, notons-le, s'observe plus ordinairement pour les lésions secondaires. Pourquoi? Serait-ce que la tertiaire échappe à cette *loi des récidives*, l'une des mieux fondées, hélas! parmi toutes celles dont la syphiligraphie est pourvue? Non : cela vient tout simplement de ce que, à la période tertiaire, les récidives éclatent à intervalles beaucoup plus longs; que, par conséquent, l'on a beaucoup moins d'occasions de les observer pendant le cours d'un traitement; ce traitement ne se faisant guère que lors de chaque récidive et n'étant ordinairement continué par les malades que pendant quelques mois.

Ces explications étaient nécessaires pour faire apprécier à sa valeur le cas publié par M. Cheadle, pour montrer jusqu'à quel point et sous quel rapport on peut, ainsi que le demande l'auteur, le ranger dans la classe des *observations intéressantes*.

FORMULES ET RECETTES.

Contre les pollutions séminales. — Avant de se mettre au lit, appliquer sur l'hypogastre une *plaque* d'étain, triangulaire, qui occupe l'espace compris entre le pubis et l'ombilic. La garder toute la nuit.

Ce topique, simple et sans inconvénients, dû à une inspiration accidentelle de l'empirisme, ne guérit certes pas toujours, mais atténue du moins constamment la fréquence des pertes. Il faut en continuer l'emploi un mois, et bien entendu de concert avec les agents de la médication générale, toujours indispensable.

On se rappelle que A. Bonnet conseillait, dans le même but, l'introduction dans le rectum de corps étrangers métalliques.

Moyen abortif des bubons. — Sur ceux des bubons qui *peuvent* se terminer par résolution, appliquer un vésicatoire volant.

Au bout de trois jours, la cicatrisation de la surface vésiquée a lieu; mais, à ce moment, il ne serait pas encore possible, — quoiqu'il fût désirable, — d'obtenir sur la même place une nouvelle vésication.

On y supplée en barbouillant, pendant une minute, cette région avec la pierre infernale, et cette double action révulsive, opérée à un intervalle aussi court, manque bien rarement l'effet curatif. (Diday.)

Paris. — Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

ÉTUDES SUR LE PARASITISME

PAR J. DE SEYNES,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

L'étude des êtres organisés qui vivent en parasites ne peut être faite dans ces *Annales* qu'à un point de vue très-limité. Elle ne comprend que l'histoire naturelle d'un certain nombre d'animaux et de plantes vivant à la surface ou dans l'intérieur de la peau de l'homme et de ses dépendances, ou celle des parasites dont la présence dans les substances alimentaires peut être accusée de provoquer des manifestations cutanées.

Sans former dans les classifications naturelles une classe, un ordre ou une famille à part, les parasites présentent dans leurs caractères anatomiques ou physiologiques, dans leur évolution, dans les effets qu'ils produisent sur l'organisme qui les alimente, un ensemble de traits généraux dont l'examen, tout en nous éloignant quelquefois du domaine de la dermatologie, est une introduction nécessaire aux études spéciales.

I

Le rôle que l'on a fait jouer aux parasites dans l'étiologie a beaucoup varié d'importance. Alors que les entozoaires frappaient l'imagination par l'apparente bizarrerie de leur habitat, ils furent longtemps accusés de produire les plus graves désordres, et le chapitre des maladies vermineuses devint d'autant plus important qu'on ignorait davantage les conditions d'existence, de reproduction et de propagation de ces parasites. Quand les progrès de l'histoire naturelle et de l'anatomie comparée eurent montré la généralité de l'existence de ces êtres chez les animaux qui souvent n'en sont point incommodés, ils devinrent moins effrayants ; quand il fut bien démontré qu'ils n'étaient pas le produit d'une viciation des humeurs ou d'une aberration de la force vitale, ils perdirent tout leur prestige et furent relégués, au point de vue clinique, dans l'humble sphère d'où les importants et intéressants travaux dont ils ont été l'objet les ont à peine fait sortir.

Ce fut alors le tour des plantes cryptogames, mais l'importance attribuée à leur action ne dépassa pas les maladies spéciales ou les symptômes très-limités qui se liaient à leur présence. La place du parasitisme, dans le domaine de la pathologie, paraissait fixée entre des limites relativement étroites. Les étudiants et les praticiens étaient tentés d'accuser les naturalistes d'un excès de minutie, lorsque ceux-ci les obligeaient à étudier des êtres dont l'existence problématique n'avait été constatée qu'une ou deux fois depuis vingt ou trente ans ; plusieurs rangeaient sans doute la trichine de R. Owen dans la catégorie de ces drogues tombées en désuétude qui encombrent les bocaux et les programmes d'examen, lorsqu'en 1860 la présence de ce ver se trahit en Allemagne par une maladie redoutable qui revêtait tour à tour la forme de la fièvre typhoïde et du rhumatisme. Il vaut la peine de rappeler cet avertissement salutaire à ceux qui ne voudraient pas reconnaître le lien intime qui unit la méde-

cine pratique à la connaissance des sciences dites accessoires.

Aujourd'hui la faveur semble revenir aux parasites par un chemin tout nouveau. L'état de nos connaissances au sujet des fermentations et des corps organisés qui les produisent, les travaux de M. Davaine sur les bactéridies des maladies charbonneuses, ont amené nombre d'observations, d'études, d'hypothèses diverses, qui tendent à nous montrer partout un proto-organisme à l'origine d'une fermentation physiologique ou d'une maladie contagieuse. Si, malgré l'intérêt des ces recherches, on ne peut se défendre d'un peu d'hésitation ; si l'on peut craindre un enthousiasme prématuré, lorsqu'on s'aperçoit des obscurités qu'il reste à dissiper dans l'évolution de ces petits êtres et des hiatus nombreux qui doivent être comblés avant toute conclusion positive, on ne peut s'empêcher toutefois de reconnaître qu'il y a là une mine importante dans laquelle les progrès de la pathologie sont liés à ceux de l'histoire naturelle.

Ajoutons que la connaissance des parasites soit internes, soit externes acquiert une importance nouvelle par suite des conditions sociales de notre temps. La rapidité et la multiplicité des moyens de communications avec les peuples et les contrées les plus éloignés, l'extension croissante du commerce européen nous exposent à voir importés, peut-être acclimatés, des parasites dont l'histoire aurait pu paraître jusqu'ici n'avoir qu'un intérêt géographique et n'intéresser nullement la pratique médicale.

La valeur de ces connaissances, à quelque point de vue qu'on les envisage, est du reste accusée par le soin que prennent depuis quelques années tous les congrès médicaux à en comprendre l'étude dans leur programme, et le comité d'organisation du congrès international de 1867 indiquait naguère en ces termes l'impossibilité d'en parquer l'étude dans un champ restreint : « Se renfermer dans l'histoire des parasites chez l'homme ce serait non-seulement rompre la série, mais se priver des moyens d'investigation que fournissent les animaux. La question du parasitisme ne peut être résolue que par des

recherches expérimentales instituées dans des conditions que ne comporte pas la médecine humaine. »

II

Le parasitisme est avant tout un mode spécial d'alimentation qui crée entre deux êtres organisés d'espèce différente des relations telles, que la vie du parasite dépend de celle de l'organisme, sur lequel ou dans lequel il est fixé. La *vitalité* du sujet nourricier est la condition primordiale du parasitisme, en ajoutant à cette détermination très-générale mais essentielle quatre notions qui rétrécissent ou élargissent, suivant les cas, l'idée que nous devons nous faire du parasite, cette idée se dégagera mieux que dans une définition toujours incomplète.

a. Il est une notion que l'on se contente souvent de donner, c'est celle de la *fixité* du parasite sur l'organisme qui le nourrit. Les végétaux parasites sur d'autres végétaux ou sur des animaux sont toujours fixés sur le sujet nourricier, dans le règne végétal la fixité est une condition même de l'existence; mais il y a nombre de plantes, ou même d'animaux, Briozoaires, Polypiers, etc., qui sont fixés sur d'autres êtres vivants, et ne sont point parasites au sens vrai du mot. Les livres de classification sont inondés des termes spécifiques, *parasita*, *parasitans*, *parasites*, qu'il faut bien se garder de prendre au pied de la lettre, et qui ne désignent qu'une station, un habitat, mais aucun rapport de nutrition. D'un autre côté, il y a des Acariens, des Ascarides et d'autres animaux qui se déplacent sur l'individu auquel les rattachent de véritables rapports de parasitisme; enfin nombre d'épizoaires quittent complétement leur sujet nourricier, et se distinguent à peine des êtres organisés non parasites, tandis que d'autres espèces ne sont parasites que pendant une période de leur vie pour accomplir leurs métamorphoses dans un autre organisme, ou vivre d'une manière indépendante.

b. Si la fixité n'est souvent que relative, un autre lien unit le parasite à son sujet nourricier, c'est ce qu'on peut appeler la *dépendance spécifique.* La puce, le pou, sont des parasites fort incomplets au point de vue de la fixité, mais ils obéissent à cette loi, et tout le monde connaît la distinction que l'on peut même faire sur l'homme entre les poux de deux régions différentes. Ce caractère est cependant loin d'être absolu; les Acariens de beaucoup d'animaux peuvent se rencontrer sur l'homme, ils s'y acclimatent plus ou moins longtemps, plus ou moins facilement, mais enfin ils peuvent y vivre assez pour inquiéter beaucoup le patient et se propager sur son corps. L'Ascaride lombricoïde nous est commun avec le porc et le bœuf, le *Tricocephalus dispar* avec diverses espèces de singes, et l'on pourrait multiplier beaucoup ces exemples; d'où il résulte que la loi générale, qui assigne à chaque espèce organique des parasites d'une espèce spéciale, est en bien des cas très-élastique.

c. Nous arrivons à une notion qui caractérise l'organisation générale des parasites, c'est l'*infériorité organique.* Parmi les végétaux, ce sont les cryptogames qui fournissent le plus grand nombre de plantes parasites; d'autre part, chez les végétaux dicotylédonés qui vivent en parasites, on constate soit l'absence de certains organes, soit une simplicité d'organisation qui a pu en faire confondre quelques genres avec des cryptogames. Dans le règne animal, les invertébrés seuls fournissent des parasites, et c'est dans les divisions inférieures de la classe à laquelle ils appartiennent qu'il faut les chercher, ou bien c'est à un moment de leur vie où ces animaux ne sont pas encore arrivés à leur état parfait. Quelquefois des animaux pourvus d'abord d'organes des sens et d'organes locomoteurs, les perdent en se fixant sur un autre animal, et subissent ainsi une évolution rétrograde dont plusieurs crustacés marins parasites sur les branchies des poissons offrent de curieux exemples. On peut dire, en général, que les animaux parasites présentent une

simplification dans les systèmes affectés aux fonctions de relation, à la respiration et à la digestion au profit des fonctions de reproduction, sauf, bien entendu, les larves qui, à la simplicité générale de leur organisme, joignent l'absence d'organes reproducteurs.

La même observation peut s'étendre aux végétaux, et la prédominance des organes reproducteurs sur les organes de simple végétation est un fait facile à constater chez les plantes parasites.

d. Enfin, le parasite se nourrit de substances élaborées sous l'influence de la vie d'un autre individu, mais ces substances étaient produites en vue de la nutrition de ce dernier et sont ainsi détournées de leur destination normale. Le parasite produit donc un phénomène anormal souvent peu apparent, et n'ayant aucune action fâcheuse sur le sujet nourricier, d'autres fois pouvant aller jusqu'à amener sa mort; c'est par cette notion d'*anormalité* que le parasitisme rentre dans le domaine médical; cette notion suffit même pour faire admettre, au point de vue pathologique, dans la catégorie des parasites beaucoup d'êtres qui ne sont parasites que de seconde main et ne répondent qu'imparfaitement à la caractérisque que nous cherchons à établir.

La nutrition d'un Cestoïde à l'état de Cysticerque ou de Tænia se fait de la manière la plus simple, par l'absorption de matériaux alibiles dont l'assimilation parait devoir se produire directement, comme dans une tumeur formée d'éléments anatomiques et se développant sur le sujet qui en est affecté.

L'analyse chimique a montré que les plantes phanérogames parasites se comportent par rapport à leur nourrice comme le feraient de véritables fruits : le gui, par exemple, accumule les sels phosphoriques du pommier qui le nourrit. Les plantes parasites non colorées en vert absorbent de l'oxygène comme les organes floraux et réparent leurs pertes au moyen de la

fécule et des principes dérivés directement assimilables puisés dans la plante nourrice.

Les parasites qui empruntent ainsi au sujet nourricier les produits assimilables tout élaborés, et ne leur font subir d'autres transformations que celles qui se produiraient dans des éléments anatomiques faisant partie du sujet nourricier lui-même, sont, on le comprend, dans les conditions du parasitisme le plus complet, mais ces conditions ne peuvent se rencontrer que si le parasite et sa nourrice appartiennent au même règne.

Les végétaux qui croissent sur des animaux ne s'y développent qu'à la condition d'y trouver un sol qui n'a presque plus rien de vivant. Les matériaux de ce sol sont empruntés à l'organisme vivant, mais ils ne servent à la nutrition du parasite qu'après avoir subi une décomposition plus ou moins avancée. « Si maintenant nous examinons, dit M. Robin (1), les plantes qu'on observe à la surface des muqueuses des mammifères ou dans les cavités aériennes des oiseaux malades, nous reconnaîtrons qu'elles ont pour sol, soit des couches d'épithélium et un mucus acide, soit des productions pseudo-membraneuses ; ce sont là autant de parties dans lesquelles les phénomènes d'assimilation et de désassimilation, le renouvellement des principes immédiats en un mot, sont extrêmement lents, quelquefois même ils n'ont plus lieu, car ces parties entrent en putréfaction à la surface des membranes qui les ont produites. Lors donc que le jeu des parties est ralenti, que la déglutition des aliments n'a plus lieu ou n'a lieu qu'à des intervalles éloignés, comme c'est le cas dans les affections où l'on voit se développer les champignons du muguet et autres, il n'est pas étonnant de voir les épithélium et mucus ou les pseudo-membranes qui ne sont pas entrainées servir de sol à ces végétaux.... Ceci s'applique naturellement aux détritus alimentaires qui restent dans les interstices des

(1) *Histoire naturelle des végétaux parasites, etc.*, 1853, p. 272.

dents et au mucus du gros intestin, des insectes dans lequel on trouve souvent des *Leptothrix.* Ces derniers végétaux sont en effet fixés à de petits amas de résidus alimentaires retenus entre les plis de la muqueuse. »

Ce mode de parasitisme peut à bon droit s'appeler un parasitisme de seconde main, et à plus forte raison celui des ferments de l'urine ou des infusoires du vagin, du gros intestin, et celui enfin de tous les organismes que l'on rencontre au sein des produits d'excrétion. Il n'en a pas moins une grande importance, car en vivant sur des produits dont la nutrition est ralentie ou même pervertie, ces êtres vivants provoquent à leur tour une extension des phénomènes de décomposition locale et aggravent les conditions morbides générales de l'organisme qui avaient permis leur premier développement ; ils jouent le rôle de ces symptômes qui, après avoir été l'effet d'un état morbide, deviennent cause à leur tour. Ainsi se trouve légitimée l'extension qu'au point de vue médical comme au point de vue agricole on est obligé de donner à la notion du parasitisme.

III

Ce que nous venons de dire suffit pour fournir les indications générales sur les conditions de terrain et l'action des parasites dans les cas les plus complexes et les plus importants. Il serait hors de propos de passer ici en revue l'action exercée par les parasites internes ou externes des animaux et des plantes.

Les questions d'aptitude du sujet nourricier et des conditions du terrain ont été trop bien développées par M. Bazin pour qu'il soit nécessaire d'y revenir autrement que quand l'occasion se présentera d'en faire des applications spéciales. J'en dirai autant du mécanisme de la pénétration des corps organisés en petite dimension à travers la substance même des tissus vivants, mécanisme si bien décrit par M. Robin. On sait que,

d'après cette théorie, l'organisme pénétrant est envisagé comme agissant par sa seule présence de manière à empêcher la rénovation moléculaire de la partie contre laquelle il est appliqué, tandis que la substance organisée se reproduit sans cesse derrière le corps pénétrant; de là un acheminement graduel qui ne dépend pas d'un phénomène d'irritation produit par des angles ou des rugosités, et qui diffère ainsi de la pénétration par déchirure ou par tout autre procédé mécanique.

Une dernière question générale me reste à aborder, et celle-là en contient plusieurs autres, actuellement à l'ordre du jour, souvent présentées d'une manière incomplète; je veux parler de l'origine des parasites.

L'origine des entozoaires ou des épizoaires qui habitent le corps de l'homme se précise tous les jours davantage, à mesure que les phases de leur évolution sont mieux connues. Quant aux végétaux cryptogames parasites qui doivent nous occuper, en décrivant leurs spores ou organes de reproduction, M. Robin (1) disait en 1853 : « Leur densité est moindre que celle de l'eau, et comme elles sont très-petites, il en résulte qu'elles sont transportées mécaniquement d'un lieu à un autre avec la plus grande facilité. Elles sont une des nombreuses espèces de corpuscules qui flottent dans l'air et constituent la poussière que transporte l'air agité ou qui se dépose lorsqu'il est en repos. »

C'est là l'expression d'un fait aussi vrai en 1869 qu'en 1853; on peut en tirer de faciles conséquences au point de vue de la propagation de ces organismes, surtout si l'on y ajoute ce fait d'observation rigoureuse, et que la comparaison généralise et étend aux animaux infusoires tout aussi bien qu'aux plantes cryptogames, c'est la résistance de l'œuf ou de la spore, tant par la dureté et la nature de ses enveloppes que par la persistance de ses propriétés vitales.

(1) *Loc. cit.*, p. 262.

Il n'y aurait rien à ajouter, si quelques savants n'avaient cherché à obscurcir la question de la diffusion des spores dans l'atmosphère pour éclaircir la question de la génération spontanée, deux questions à certains égards indépendantes, car cette diffusion, ironiquement appelée panspermie, ne peut apporter qu'une présomption et non une preuve directe contraire à l'hétérogénie.

Faut-il admettre que ces spores très-résistantes à l'influence des agents extérieurs et qui se produisent avec une rapidité et une multiplicité qui dépassent l'imagination, sont annihilées d'une manière tout à fait mystérieuse, ou qu'une force plus mystérieuse encore empêche ces corps d'obéir aux lois de la pesanteur? Lorsqu'ils sont groupés en grande masse, lorsqu'ils s'échappent d'une Pezize ou d'une agglomération de moisissures légèrement agitées, nous pouvons distinguer à l'œil nu les nuages que forment les spores, se comporter ni plus ni moins que ceux d'une fumée charbonneuse flottant ou transportée plus ou moins loin suivant l'état de calme ou d'agitation de l'atmosphère.

On sait du reste comment la présence des spores flottantes se constate par les procédés de condensation des vapeurs atmosphériques dus à M. Lemaire, comment le microscope les retrouve à l'état de repos dans les poussières; je ferai seulement remarquer que dans un appartement sec il est bon d'attendre que l'imbibition de l'eau ajoutée à la poussière sur le porte-objet ait rendu aux spores ou aux bactéries leur forme primitive, souvent altérée par un certain degré de dessiccation (1).

Je ne rappellerai pas les expériences précises de M. Pasteur, devenues populaires, ni celles du mycologue de Giessen, M. H. Hoffmann, basées sur le même principe et qui ont amené

(1) Il est bon de rappeler aussi que si des plaques de verre enduites de glycérine et exposées à l'air d'un laboratoire n'ont pas montré de corps organisés à un savant observateur, cela peut tenir au séjour des corps organisés dans la glycérine, qui aboutit souvent à donner une grande ténuité et une grande transparence aux contours de ces corps.

le même résultat. Je me permettrai d'ajouter seulement une observation très-simple, que je renouvelle tous les automnes depuis quatre ans, et qui n'exige l'emploi d'aucun appareil.

Les cônes du pin d'Alep portent souvent un petit agaric, *Agaricus strobilinus* Pers., dont le mycélium se loge entre les écailles du cône, quand la graine est tombée, et dont le stipe et le chapeau sortent au dehors. La première fois que j'étudiai cet agaric, je le recueillis sur des cônes tombés à terre, mais je m'aperçus bientôt que ceux que l'arbre porte et conserve très-longtemps après la maturité se couvrent aussi de cette élégante petite plante et cela à des hauteurs fort différentes, à 3 et 4 mètres, comme à 5 ou 6 au-dessus du sol. Lorsque le vent souffle, les écailles du cône sont largement ouvertes et reçoivent les spores; qu'il arrive du brouillard, de la pluie, le cône imprégné d'eau referme ses écailles, la spore se trouve dans les conditions les meilleures pour sa germination et son développement, et après les pluies d'automne le chapeau fructifère apparaît. Voilà donc des spores plus grosses que celles des *Achorion* ou des *Microsporon* de la teigne, que l'air transporte et charrie à diverses hauteurs; si j'ai cité cet exemple tiré de la botanique pure, c'est que personne de nos jours n'admet plus la génération spontanée des agarics; il ne peut y avoir de doute sur le mode de propagation que je viens d'indiquer, et qui s'exerce souvent à de grandes distances.

Le transport des grains de pollen chez les phanérogames nous offrirait aussi des exemples comparables à citer; mais j'éprouve, je l'avoue, quelque embarras à insister davantage sur ce sujet, il peut paraître naïf de s'évertuer à prouver tout un ordre de faits dans lesquels l'observation et l'induction tirée des lois physiques les plus élémentaires sont si parfaitement d'accord. Aussi je ne reviens pas sur le prétendu obstacle opposé à la respiration par ces petits corps, et je laisse aux cils vibratiles épithéliaux des muqueuses de l'organe respiratoire le soin de nous débarrasser de cet argument.

Je ne poursuivrai pas non plus, en dehors du transport des germes qui seul nous intéresse ici, l'examen de la doctrine hétérogénique, je n'en dirai qu'un mot ni contraire ni favorable aux conclusions qu'elle tire, mais seulement au point de vue de la méthode. Des preuves tirées soit de ce qui s'est passé à l'origine du monde, soit de la production de cellules vivantes dans un blastème appartenant à un être vivant, soit de la présence d'un être vivant au sein d'un liquide clos ou non clos, ou même au sein d'une cellule végétale; celles que l'on peut encore tirer de toute autre *inconnue* dans l'évolution, le transport ou l'apparition d'un être organisé vivant, n'ont aucune valeur au point de vue d'une science expérimentale rigoureuse. La seule preuve directe, et elle n'est nullement en dehors de nos moyens d'investigation, est l'évolution d'un organisme observé dans toutes ses phases au sein d'un liquide contenant la matière organique non vivante, ainsi qu'on a cru la surprendre quelquefois dans des pellicules dites proligères.

Jusqu'à ce que de pareilles observations soient produites avec une authenticité, une certitude suffisantes, et puissent se répéter et se vérifier, les naturalistes seront conduits à admettre par une méthode rigoureuse la continuité de la loi de propagation des êtres vivants qu'ils ont reconnue dans l'immense majorité des cas, absolument comme les chimistes et les physiciens supposent toujours dans leurs expériences la continuité de la loi : *Rien ne se crée, rien ne se perd*, quelle que soit du reste leur opinion philosophique sur l'éternité de la matière (1).

(1) Bien que l'autorité des noms propres n'ait plus la même valeur qu'aux temps où florissait le *magister dixit*, il s'attache cependant une présomption favorable à ce que des observateurs consciencieux adoptent telle ou telle hypothèse; je tiens donc à mettre en garde mes confrères contre une assertion tout à fait erronée que M. Pouchet a insérée dans la préface d'un ouvrage destiné à populariser les hypothèses hétérogéniques (*L'origine de la vie*, par M. Pennetier, Paris, 1868). Toute cette préface tendrait à démontrer que la France est restée en arrière sur les nations étrangères, dont les savants les plus distingués ont pris

IV

Si l'origine hétérogénique des proto-organismes parasites est loin d'être encore démontrée, une autre origine pourrait encore leur être attribuée. Ces petits organismes, dont on n'est point encore assuré d'avoir suivi le complet développement, ne se rattachent-ils pas à des organismes connus dont la forme et le mode de végétation ont été transformés par le milieu au sein duquel ils se rencontrent accidentellement ? Sans vouloir quitter le terrain positif de l'observation et de l'expérience, nous nous trouvons de nouveau en face d'un grand problème de philosophie naturelle, la transformation des espèces. Il semblerait à première vue que la question fût plus facile à dénouer sur le terrain où nous sommes placés, ayant à faire à des êtres inférieurs dont la plasticité paraît plus grande, l'accommodation à des milieux divers plus facile, les phases de développement plus courtes que chez les organismes au sujet desquels la question a surtout été débattue. Il n'en est rien cependant, et sans avoir la prétention de trancher cette grande question dans un sens ou dans l'autre, j'en indiquerai les points les plus saillants dans le domaine du parasitisme ; — à part son intérêt scientifique, elle pourrait acquérir une importance particulière

en main la cause de la génération spontanée. Or, en me plaçant seulement sur le terrain de la mycologie, auquel beaucoup de preuves prétendues favorables sont empruntées dans ce livre, j'observe que tous les hommes qui s'en occupent avec quelque supériorité se sont prononcés contre cette hypothèse, et je citerai, à la suite des deux plus savants observateurs français, Léveillé et Tulasne, Duby en Suisse, Berkeley en Angleterre, de Bary, Hoffmann, Bail et Hallier en Allemagne ; Hallier semble même s'être fait de ses théories sur le polymorphisme une arme contre la génération spontanée ; je pourrais en ajouter beaucoup d'autres, sans compter les morts, mais je ne mentionne que les savants qui se sont occupés de physiologie, et non les auteurs de Flores. Ceux-ci ne sont cependant pas moins explicites, et Rabenhorst commence sa Flore des algues (Leipzig, 1864) par ces mots : *Generatio spontanea admodum dubia, olim credita, experimentis novis exactissimis refutata videtur.*

au point de vue de la prophylaxie de certaines maladies parasitaires. Sans entrer dans des discussions sur la notion d'espèces qui seraient ici déplacées, observons tout d'abord qu'un organisme d'un type bien connu, facile à étudier à cause de ses dimensions et du nombre de ses caractères, peut être placé dans des conditions telles, qu'il varie d'apparence sans perdre ses caractères typiques. Si l'on ne peut dans tel cas donné préciser toujours strictement où finit l'espèce, où commence la variété, cependant le plus grand nombre des naturalistes admet à côté de l'espèce la variété. Que dans l'esprit des partisans de tel système la variété soit envisagée comme un acheminement vers la transformation de l'espèce, peu importe; ce que je puis seulement affirmer, c'est que dans l'étude des champignons inférieurs qui seule nous intéresse ici, la connaissance de la variété fait presque absolument défaut; le petit nombre des caractères sur lesquels peut reposer la description d'une espèce, la difficulté de l'observation et des procédés d'expérimentation rendent une pareille étude très-délicate. Si l'on se trouve en présence d'un cas douteux, on peut être mis sur la voie par des essais de culture et reconnaître au résultat si l'espèce observée est légitime, ou si l'on a affaire à une simple variété, je prendrai comme exemple les observations portées devant le congrès médical international de 1867 par M. Wreden (de Saint-Pétersbourg).

Il s'agit d'une moisissure du genre *Aspergillus* qui se développe dans le conduit auditif externe et sur la membrane du tympan; M. Wreden en avait trouvé deux formes différentes qu'il a décrites; les caractères qui pouvaient les différencier de l'espèce commune, l'*Aspergillus glaucus* Lk, sont surtout tirés de la couleur des spores, noires dans une forme, jaunes chez l'autre. Des semis de ces spores souvent essayés sur des tranches de citron ont donné naissance à des *Aspergillus glaucus* Lk. Dirons-nous que ces deux formes nouvelles appelées par M. Wreden *A. nigricans* et *A. flavescens* sont des

espèces transformées de l'*A. glaucus*? L'analyse des caractères que nous avons pu faire sur des échantillons envoyés à M. Robin par M. Wreden est tout à fait d'accord avec le résultat de la culture, pour nous montrer seulement deux variétés et nous faire admettre sans réserve la conclusion exprimée en ces termes par M. Wreden : « Il fut donc prouvé par la culture des champignons retirés de l'oreille, que les deux variétés de champignons végétant dans l'oreille humaine (*A. nigricans* et *A. flavescens*), qui sont non-seulement distinctes entre elles mais se distinguent aussi clairement de l'*A. glaucus* Lk, retournent à la même forme primitive, c'est-à-dire à l'*A. glaucus* Lk, dont ils représentent des variétés produites par la différence du milieu »

La tératologie des espèces inférieures est pour le moins aussi mal connue que les conditions et les limites de leurs variations, et il peut encore naître de cette lacune des confusions sur l'espèce réelle à laquelle appartient telle ou telle forme monstrueuse.

Une troisième difficulté résulte de l'insuffisance de nos connaissances au sujet de la génération alternante et du polymorphisme de reproduction des végétaux inférieurs. Malgré les nombreux et remarquables travaux que notre temps a vu se produire sur cette question, nous sommes encore loin de connaître tous les modes de fructification que possède une même espèce, et nous pouvons être conduits à suspecter telle ou telle forme de champignon qui s'offre à nos yeux de n'être point un type propre. Si l'expérience nous montrait que ce champignon transplanté sur un autre terrain donne naissance à une forme nouvelle, nous ne serions pas pour cela autorisés à conclure à une transformation. Lorsque M. Tulasne a montré que l'*Oïdium Tuckeri* de la vigne n'était qu'une forme de fructification d'un *Erisyphe*, ou que l'ergot de seigle donnait naissance à un *Claviceps*, personne ne pouvait voir dans ces faits des exemples de transformation d'espèce. On n'en pouvait conclure que l'ignorance dans laquelle les naturalistes étaient restés sur des

espèces admises à titre provisoire, avant d'avoir été suivies dans leurs diverses phases d'évolution. Le docteur E. Hallier (d'Iéna) a publié récemment un ouvrage, *Die Pflanzlichen parasiten des Menschlichen Körpers*, dans lequel il étend la notion du polymorphisme à un point où l'on ne peut saisir la nuance qui sépare cette théorie de celle de la transformation. Pour M. Hallier, la moisissure vert bleuâtre la plus ordinaire, connue des naturalistes sous le nom de *Penicillium glaucum* Lk, est l'origine de tous les parasites végétaux du corps de l'homme; les spores du *Penicillium* semées dans un milieu pauvre et aqueux donnent les *Leptothrix* (algue filiforme qui se rencontre souvent dans la bouche). Les *Leptothrix* donnent naissance aux cellules du ferment dans un milieu sucré, comme par exemple l'urine des diabétiques; les cellules du ferment que l'on rencontre souvent associées à l'*Oïdium albicans*, champignon du muguet, ne sont qu'une des phases d'évolution de ce dernier champignon, qui lui-même n'est qu'une forme du *Penicillium*. Enfin, les spores de ce même *Penicillium* semées dans un milieu où se rencontrent des substances graisseuses comme la peau de l'homme donnent naissance aux *Achorion* de la teigne faveuse.

Tout cela est très-séduisant par sa simplicité, mais les vérifications essayées par un des hommes les plus habitués à l'observation et à l'expérimentation dans le domaine des champignons inférieurs, M. de Bary, n'ont donné aucun résultat favorable. J'ai essayé moi-même un grand nombre des procédés de culture indiquées par M. Hallier sans être plus heureux; j'ai seulement été mis sur la voie d'un certain nombre d'erreurs qui ne me permettent pas d'augurer mieux des expériences qui me restent à renouveler. C'est ainsi que, dans ses études sur le *Leptothrix*, M. Hallier ne tient aucun compte de la tendance que ce végétal et beaucoup de bactéries ont à se fixer sur d'autres corps vivants ou non, tendance qui peut donner lieu à beaucoup d'illusions, ainsi que je l'ai vérifié dans mes

essais de semis, soit de levûre, soit de *Penicillium* dans l'eau pure.

Il résulte de ce rapide examen que nous devons nous tenir en garde contre les systèmes qui tendraient à expliquer l'origine des parasites cryptogames par l'hétérogénie ou par la transformation des espèces ; dans l'état actuel de la science, ce serait greffer l'obscurité sur le mystère. Il faut avant tout s'assurer que nous connaissons exactement les phases végétatives de ces petits organismes, les étudier, les analyser, les transplanter, épuiser tous les moyens d'investigation et d'expérience, car pour la plupart nous ne connaissons qu'un de leurs états, et il serait aussi prématuré ou de conclure que cet état est la forme typique, ou de croire que nous soyons en possession par le livre de M. Hallier du fil conducteur qui nous amènera à l'espèce véritable. Quelque spéciale que soit une pareille étude et quelques progrès qu'ait faits la thérapeutique parasiticide, il ne faut pas non plus supposer que ces recherches soient stériles pour la pratique : assez d'exemples ont été accumulés de nos jours pour prouver quels bienfaits la pratique a retirés des notions acquises dans un domaine scientifique en apparence plus éloigné.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE L'ICHTHYOSE

PAR C. LAILLER,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

L'ichthyose semble avoir plus attiré l'attention des dermatologistes étrangers et surtout celle des Anglais que la nôtre. Est-elle moins fréquente dans notre pays? Il n'existe pas de documents propres à élucider cette question.

Malgré de nombreuses divergences sur la nature de cette affection, on est à peu près d'accord pour la considérer comme une difformité de la peau se révélant soit quelques semaines ou quelques mois après la naissance, soit dans les premières années de la vie, mais pouvant aussi parfois se développer dans un âge plus avancé.

L'ichthyose est caractérisée par une production épidermique exagérée, sèche, dure, plus ou moins épaisse et rugueuse, peu extensible, qui se rompt lorsque la peau est tiraillée et donne lieu à des fissures plus ou moins profondes et douloureuses; le derme sous-jacent est peu altéré.

Suivant certains auteurs, l'ichthyose peut être partielle ou généralisée. M. Bazin (*Affections cutanées artificielles,* p. 469) cite le fait d'une mère d'un enfant ichthyosique qui portait à l'un des coudes une petite plaque d'ichthyose des mieux caractérisées. D'après M. Devergie, « l'ichthyose est toujours une » maladie générale de la peau; elle ne se montre jamais par » plaques limitées, elle est toujours diffuse. C'est une erreur,

» dit-il, que de croire que l'on pourra trouver une plaque » d'ichthyose sur un point donné de la surface du corps, comme » on trouve une plaque de psoriasis. »

Les Anglais vont jusqu'à admettre une ichthyose des muqueuses (Samuel Plombe, *Practical treatise of the diseases of the skin*, p. 515). Dans le n° 16, 1868, de la *Lancette* on trouve une note sur deux cas d'ichthyose de la langue qui se seraient terminés tous deux par un épithélioma. Il s'agit sans doute de plaques laiteuses, quelquefois assez rudes au toucher, qu'on observe sur la muqueuse buccale. L'étude complète n'en est pas encore faite ; on leur donne le nom de *psoriasis buccal;* il en est question dans la seconde édition des *Arthritides* de M. Bazin qui les considère comme une variété de psoriasis arthritique. J'ai eu l'occasion d'en observer un certain nombre, dans un cas il est survenu aussi un épithélioma.

Mon savant collègue et maître M. Bazin se borne à dire que l'ichthyose est une déviation sécrétoire de l'épiderme, sans entrer dans plus de détails sur sa nature ; les auteurs français sont à peu près aussi laconiques, mais tous ne comprennent sous le nom d'ichthyose que des modifications de l'épiderme, et ils ont bien soin d'en établir le diagnostic différentiel avec certaines formes d'acné qui pourraient lui ressembler. Ainsi Gibert (*Traité des maladies de la peau*, t. Ier, p. 267) dit : « Dans quelques cas rares l'acné sébacée, ou *maladie folliculeuse*, envahit toute la peau, et les squames grisâtres qui se » forment à la surface des téguments simulent jusqu'à un » certain point l'ichthyose. »

M. Gintrac décrit une ichthyose sébacée, fausse ichthyose. Alibert avait été très-affirmatif. « Il suffit, disait-il, de considérer attentivement les écailles qui se développent dans les » ichthyoses les plus graves, pour se convaincre qu'elles sont » de même nature que l'épiderme, et qu'elles ne sont en conséquence qu'un simple résultat de l'hypertrophie de cette membrane. » (*Dermatoses*, t. II, p. 685.)

Rayer s'était bien gardé aussi de confondre la véritable ichthyose avec l'acné sébacée ou *maladie folliculeuse.* Voici ce qu'il dit : « Je crois devoir appeler l'attention sur une er-
» reur possible puisqu'elle a été commise par deux habiles ob-
» servateurs. Bateman a fait graver dans son atlas sous le nom
» d'ichthyose de la face, un cas qui appartient certainement à
» l'enduit cérumineux produit par une maladie des follicules.
» M. Antony Todd Thompson a publié comme un exemple
» d'ichthyose de la face une observation relative à cette même
» maladie des follicules. Or, dans cette affection des follicules
» que j'ai le premier fait connaître, la peau affectée devient
» d'abord comme huileuse sur les parties malades, bientôt la
» sécrétion des follicules augmente, l'humeur versée sur la
» surface de la peau prend plus de consistance et finit par y
» former une sorte de couche squameuse plus ou moins éten-
» due. D'abord molle, peu adhérente, elle acquiert bientôt
» plus de dureté et ne peut être détachée sans douleur. Au-
» dessous de cette couche cérumineuse, la peau est d'un rouge
» animé; les orifices des follicules paraissent dilatés et quelque-
» fois remplis par l'humeur sébacée solidifiée. »

M. Bazin insiste aussi sur cette distinction établie par M. Rayer.

On voit par ces citations qu'en France on établit une ligne de démarcation très-nette entre ces deux affections ; en Angleterre, MM. Hutchinson, Marris Wilson, dans le *Journal of cutaneous medicine*, t. Ier, p. 162 et 317, et surtout E. Wilson (*Diseases of the skin*) ne séparent pas d'une manière aussi tranchée l'ichthyose vraie qu'ils nomment *Xeroderma ichthyoides*, de l'ichthyose sébacée ou *ichthyosis spuria.*

Pour E. Wilson, l'ichthyose est une forme de maladie des organes sébipares. Il y a les maladies :

1° Par augmentation de sécrétion :
Stearrhœa simplex, sebaceous fluxus ;

2° Par diminution de sécrétion :
Xeroderma ichthyoides ;
3° Par altération de sécrétion :
Stearrhœa flavescens,
Stearrhœa nigricos,
Ichthyosis sebacea (Sauriderma, ichthyosis spuria),
Ichthyosis sebacea squamosa, Ichthyosis sebacea spinosa.

On voit par cette classification que, pour E. Wilson et la plupart des médecins anglais, l'*ichthyose vraie* (*Xeroderma ichthyoides*, est non une déviation de la sécrétion épidermique, mais une diminution de la sécrétion sébacée.

Dans l'article qu'il consacre à l'*ichthyose vraie* et à l'*ichthyose sébacée*, M. E. Wilson décrit avec des détails minutieux et précis les squames épidermiques de l'ichthyose vraie, et les squames sébacées de l'ichthyose spuria.

Voici la description qu'il donne de l'*ichthyose vraie :* « Les » pores des follicules sébifères et capillifères sont rendus sail- » lants par l'accumulation à leur intérieur d'une substance » sèche et durcie dont une partie fait souvent saillie au-dessus » du niveau de l'ouverture. « Cette substance desséchée est la » couche épithéliale du follicule altérée dans ses caractères par » l'absence de son élément oléagineux. Les poils éprouvent un » semblable changement, ou bien ils manquent complétement, » ou bien ils sont secs, friables et cassés au niveau de l'orifice » de la peau. »

Cette description est exacte ; on voit en effet dans l'*ichthyose vraie*, au niveau d'un certain nombre d'orifices glandulaires, cette substance dont parle l'auteur, elle est exclusivement composée de cellules épidermiques sans aucun produit sébacé ; mais ce n'est là qu'un élément des altérations qu'on observe dans l'ichthyose, qui est presque exclusivement constituée par la couche épidermique de la peau, dont la production est quelquefois décuplée, et, quand, par un procédé quelconque, on

parvient à enlever cette couche épaisse, on aperçoit au-dessous les papilles dermiques manifestement hypertrophiées; en un mot, l'état anatomique de ces papilles et de l'épiderme qui les recouvre est presque identique dans l'ichthyose et le lichen chronique, avec cette différence *clinique* que dans celui-ci il s'agit d'une lésion morbide en voie d'évolution, tandis que dans celle-là on a affaire à une difformité : on guérit souvent le lichen, on pallie l'ichthyose pour un temps plus ou moins long.

L'importance exagérée accordée par M. E. Wilson à la lésion des conduits des glandes l'a conduit à rapprocher l'ichthyose vraie de ce qu'il appelle l'ichthyose sébacée (*maladie folliculeuse* de Rayer et Gibert), et à les classer toutes deux dans les maladies des glandes sébacées. La première serait caractérisée par une diminution de sécrétion, la seconde par une altération de sécrétion, tandis que, suivant l'opinion généralement reçue, de ces deux affections, qui peuvent se ressembler assez pour être confondues, l'une est une difformité de la peau qui doit être rangée dans les affections squameuses, l'autre est une maladie qui appartient à la classe des acnés.

Outre cette différence anatomique que je viens de signaler, il y en a d'autres purement cliniques que je me borne à indiquer ici.

ICHTHYOSE.	ACNÉ SÉBACÉE.
Difformité très-souvent congénitale et héréditaire, généralisée, incurable.	Affection liée au lymphatisme, accidentelle, très-rarement héréditaire, plus ou moins localisée, curable.
Produit morbide : squames épidermiques.	Produit morbide : croûtes sébacées.

Maintenant que nous avons exposé les différences radicales qui séparent l'acné sébacée de l'ichthyose, voyons quels sont les caractères spécifiques de cette dernière.

L'ichthyose est une difformité congénitale ou acquise, a-t-on dit, caractérisée par une production exagérée de l'épiderme

qui par son épaississement donne à l'enveloppe cutanée de l'homme une grande ressemblance avec les écailles des poissons (ichthyose, *fish skin*), ou, ce qui est plus exact, avec la peau des reptiles ou des sauriens (*sauridermie,* Wilson). Où cesse l'état normal, où commence la difformité? Voilà ce qu'il est difficile d'établir et ce dont les auteurs se sont peu préoccupés.

E. Wilson et après lui Hutchinson décrivent sous le nom de *xérodermie* ou *dry skin*, un état particulier de la peau, caractérisé par une rudesse désagréable de l'épiderme, rudesse qu'ils attribuent à une diminution de la sécrétion sébacée et à l'oubli des soins de propreté, et qui est un acheminement à l'ichthyose. « Quand la *xérodermie*, dit E. Wilson, existe dans un état plus rude et plus complet, elle constitue l'affection connue sous le nom d'*ichthyose*, de peau de poisson. » C'est sur cet état intermédiaire à l'état normal et à la lésion confirmée que j'appelle l'attention. Cette sécheresse de la peau avec épaississement de l'épiderme, à laquelle le vulgaire donne le nom trivial de *peau de crapaud* et que j'appellerai volontiers avec les Anglais *xérodermie*, est loin d'être rare. A l'état rudimentaire elle est un des attributs du lymphatisme. Qui n'a été frappé de l'apparence de la peau des bras et des jambes de ces grosses filles lymphatiques qui arrivent de la campagne? On dirait de la peau de chagrin. C'est surtout aux coudes, à la face externe des bras, aux genoux au-dessus des malléoles, que s'observe cet état; dans ces cas, chaque orifice pileux est fermé par un opercule conique assez adhérent qui gêne souvent la sortie des poils et les maintient au-dessous de lui enroulés en spirale. A un degré plus avancé, la peau est peut-être plus égale, plus lisse, les stries épidermiques sont moins marquées, on dirait qu'une mince couche de gélatine ou de collodion est étendue à sa surface; les avant-bras, la face antérieure des bras, les côtés du tronc, quelquefois aussi le front et les joues en sont le siége le plus habituel. A ce degré, l'épaississement épidermique porte non plus seulement sur les orifices des glandes, mais sur toute

la surface du derme dans des espaces plus ou moins étendus; cet épaississement donne à la surface cutanée une coloration d'un gris sale que ne font pas disparaître des ablutions répétées. L'ongle promené sur la peau y laisse une traînée blanchâtre, trace de son passage. Dans les mouvements brusques et étendus, l'épiderme peut se fendiller et donner lieu à de petites fissures douloureuses d'où suinte quelquefois une gouttelette de sang. Cette *xérodermie* souvent congénitale et héréditaire peut aussi se manifester d'une façon accidentelle et passagère dans la plupart des maladies graves, surtout dans les fièvres, abstraction faite de la desquamation des fièvres éruptives. On l'observe encore accidentellement mais définitivement dans la plupart des état cachectiques, phthisie, cancer, en un mot dans ce que les anciens appelaient étisie. Mais je ne parle de ces états accidentels que pour les éliminer de cette étude consacrée à la xérodermie qu'on pourrait appeler essentielle.

Quand la *xérodermie* est encore plus prononcée, elle constitue alors, comme l'a parfaitement vu E. Wilson, l'*ichthyose*, mais l'*ichthyose vraie*, *épidermique*, celle qu'il appelle *xerodermia ichthyoides*. On observe alors toutes ces formes et tous ces degrés, qui sont plutôt des curiosités pathologiques que des formes qu'il soit utile de distinguer au point de vue clinique.

C'est ainsi qu'Alibert admet :

« 1° Une *ichthyose nacrée* caractérisée par des écailles dures, luisantes, d'un blanc nacré, ayant beaucoup de ressemblance avec les écailles de la carpe.

» 2° Une *ichthyose serpentine* dans laquelle les écailles ne sont pas dures; elles ont la finesse et la ténuité de la cuticule des serpents. Cette espèce attaque presque toujours les vieillards,

» 3° L'*ichthyose cornée*, qui se manifeste sur une ou plusieurs parties du tégument par des écailles noires qui représentent absolument la consistance de la corne. Ces écailles sont quelquefois plates, d'autres fois coniques, placées les unes à côté des autres, tantôt rares et dispersées, tantôt rassemblées, se

recourbant comme les ergots des volatiles ou se contournant comme les cornes des béliers. »

Les deux premières divisions d'Alibert répondent assez bien aux différents degrés de ce que j'ai décrit plus haut sous le nom de *xérodermie*. Dans sa troisième division il a englobé des lésions de nature probablement différente; des ichthyoses épidermiques à leur summum de développement constituées par de véritables hypertrophies des papilles dermiques, coiffées de cônes épidermiques plus ou moins épaissis, et probablement des cas de productions sébacées qui donnent lieu quelquefois à des cornes volumineuses, contournées de plusieurs centimètres de long.

M. E. Wilson, trop absolu dans son opinion inverse, semble considérer tous les cas d'ichthyose cornée comme des cas d'ichthyose sébacée qu'il décrit sous le nom d'*ichthyose sébacée épineuse*, et ne tient pas assez compte des faits dans lesquels les glandes sébacées et leurs produits ne prennent aucune part à la lésion.

M. Jonathan Hutchinson (*Journal of cutaneous medicine*, t. Ier, p. 162) dit bien aussi, comme E. Wilson, que les deux formes d'ichthyose sont plutôt de degrés que d'espèces différentes, et que leur cause occasionnelle est probablement un désordre fonctionnel des follicules sébacés sécrétant un produit altéré qui ne lubrifie plus la peau, et au lieu de faciliter le détachement de l'épiderme en voie d'exfoliation, agglutine les squames et produit une croûte. Mais il me semble plus près de la vérité quand il ajoute : « Lorsqu'une certaine quantité de croûte adhérente est formée, il s'y joint un autre élément pathologique, je fais allusion à l'accroissement des papilles vasculaires au-dessous de cette couche protectrice. La croûte n'est pas, comme on pourrait le supposer, une hypertrophie papillaire, mais consiste en squames épidermiques et en matières sebacées mêlées, et au-dessous d'elles on trouve les papilles allongées comme celles de verrues molles. »

L'observation du fait est exacte, mais l'interprétation qu'en donne l'auteur n'est accompagnée d'aucune démonstration convaincante.

L'ichthyose, quel qu'en soit le degré, reste à peu près stationnaire ; on a seulement remarqué que certains sujets sont presque complétement débarrassés de leur infirmité pendant les chaleurs de l'été, mais il faut pour cela qu'elle ne soit pas à un degré trop avancé. Dans la saison froide, elle reprend son intensité et se complique souvent de gerçures sanguinolentes fort douloureuses et qui gênent beaucoup les mouvements. Aussi, quoique le pronostic de cette affection ne soit pas grave, il serait fort utile de trouver un moyen de la guérir ; malheureusement jusqu'à présent, les cas de guérison bien avérés sont rares et l'on s'est généralement résigné à en pallier les inconvénients à l'aide de topiques. « Cette maladie n'a pas été regardée comme » se trouvant beaucoup du ressort de la médecine, » dit Bateman, traduct. de Bertrand, p. 84. « Les onguents et les em» plâtres stimulants ont été employés avec soin, mais sans pro» duire aucun effet matériel, et la maladie a continué pendant » plusieurs années en éprouvant des changements acciden» tels. »

Willan avait une grande confiance dans le goudron, Elliotson, au dire de Rayer, ayant eu à soigner deux frères atteints d'ichthyose, aurait guéri l'un d'eux par des onctions huileuses et le goudron à l'intérieur. Rayer dit n'avoir pu obtenir la guérison d'un seul cas d'ichthyose héréditaire un peu prononcé ; heureusement, ajoute-t-il, que cette affection de la peau n'offre aucune gravité. E. Wilson emploie l'huile de foie de morue et les préparations arsenicales à l'intérieur ; localement son traitement consiste en frictions avec de l'huile fraîche de pieds de bœuf continuées aussi longtemps que la patience ou le loisir du malade le permettra. Pour augmenter l'effet stimulant des frictions, il ajoute quelquefois à l'huile de la liqueur d'ammoniaque ou de l'huile de croton ; à l'appui de ce traitement, il

cite l'observation d'un enfant guéri en 1844 au bout de trois mois de traitement et qui est resté bien depuis.

Dans son mémoire sur la glycérine, M. Demarquay mentionne l'ichthyose comme une des affections qui doivent être le plus heureusement modifiées par cet agent thérapeutique; il cite même une opinion du docteur Robin que je crois utile de consigner ici : « La glycérine modifiant les caractères physiques » des cellules épithéliales, ne peut-elle pas, par suite des phé- » nomènes de rénovation, de développement et de reproduc- » tion qui s'y passent, ramener ce tissu malade à son état nor- » mal ? » En attendant qu'une plus longue expérience vienne justifier l'espérance du docteur Robin, je viens après lui et après M. Bazin, et avec des faits à l'appui, appeler de nouveau l'attention sur les heureuses modifications qu'on obtient chez les sujets atteints de *xérodermie* depuis le degré le plus léger, jusqu'à l'*ichthyose cornée*, par l'usage des onctions de glycérine pure ou associée à l'amidon. Malheureusement la plupart des malades appartenant à la classe ouvrière se contentent d'un résultat incomplet et négligent un moyen dont l'usage longtemps continué pourrait amener une guérison radicale ; les résultats que j'ai obtenus sont assez satisfaisants pour que l'emploi de ce moyen soit continué longtemps après le retour apparent de la peau à l'état normal, dans l'espoir d'une guérison, ou au moins d'une amélioration définitive.

Voici un certain nombre d'observations à l'appui de ce que j'avance ; dans un premier groupe, je range les observations de simple *xérodermie*, ou état ichthyosique de la peau, que cette lésion soit congénitale ou accidentelle ; dans un second, je rapporte les faits d'*ichthyose confirmée*.

XÉRODERMIE.

OBS. I. — *Xérodermie congénitale ; onctions avec le glycérat d'amidon. Amélioration.* — M. X..., jeune homme de seize à dix-sept ans, de l'Amérique du Nord. Xérodermie de presque toute la surface du corps, marquée surtout au bras, aux avant-bras et aux cuisses ; il y a

aussi des squames au cuir chevelu et à la face. Cette rudesse et cette sécheresse de la peau qui datent de l'enfance disparaissent presque complétement l'été; rien de semblable dans les ascendants directs ou collatéraux, mais deux sœurs plus jeunes ont la même affection à un moindre degré. — Ablutions savonneuses tous les jours suivies d'une onction avec le glycérat d'amidon du *Codex*. —Deux mois après, quoique les onctions aient été faites très-irrégulièrement, je constate une amélioration considérable; il convient d'ajouter, il est vrai, qu'on était aux premiers jours de juillet, saison où l'éruption disparaît habituellement spontanément.

Obs. II. — *Xérodermie accidentelle; première manifestation il y a dix ans; deuxième manifestation datant de dix mois. Onctions avec glycérat d'amidon. Grande amélioration.* — Olivier (Michel), cinquante-sept ans, maçon, entré salle Saint-Louis n° 30, le 7 avril 1868, sorti le 21 avril. Pas d'antécédents morbides héréditaires, santé bonne; il y a dix ans, séjour de quatre mois à l'hôpital Saint-Louis pour une affection de la peau semblable à celle dont il est atteint actuellement; frictions avec une pommade rouge, bains de vapeur; il sortit guéri et n'eut pas de récidive, lorsqu'il y a environ dix mois, après un séjour de six mois au lit pour une fracture du péroné, il fut pris d'un prurit violent suivi de desquamation farineuse de presque toute la surface cutanée. La peau présente une rudesse très-manifeste et est le siége d'une desquamation furfuracée abondante augmentant quand le malade est en transpiration. Toute la surface du corps est atteinte sauf la face, le haut du tronc et la plante des pieds; callosités professionnelles aux mains, aux bras et aux avant-bras; la peau est rugueuse, couverte de lamelles blanchâtres assez épaisses par places et particulièrement à la partie supérieure et interne de l'avant-bras gauche. C'est surtout dans le sens de l'extension que l'éruption est le plus marquée; même état aux membres inférieurs; desquamation furfuracée sur tout le cuir chevelu; violentes démangeaisons; il n'y a pas et il n'y a pas eu de suintement. — Bains savonneux, onctions avec le glycérat d'amidon. — Deux jours après, la peau est moins rugueuse, la desquamation moins abondante. Sort très-amélioré après douze jours de traitement.

Il s'agit d'une *xérodermie accidentelle* qui, pour quelques médecins, ne serait peut-être que la période pityriasique d'un eczéma ou un lichen; peu importe, il n'en est pas moins remarquable qu'en douze jours la peau soit revenue à l'état normal; ce serait du reste un résultat encore plus heureux, s'il s'agissait d'un lichen datant de dix mois. On verra plus loin que les démangeaisons vives dont se plaignait le malade, ce qui pourrait être un argument en faveur de l'existence d'un lichen, s'observent quelquefois dans l'ichthyose, même congénitale, et

sans complications, contrairement à l'opinion généralement accréditée, qu'il n'y a pas de démangeaisons dans l'ichthyose.

Obs. III. — *Xérodermie datant de l'enfance, démangeaisons. Glycérat d'amidon. Amélioration.* Grouteau (Ernest), vingt-neuf ans, cordonnier ; entré salle Saint-Louis n° 24, le 5 mai, sorti le 25 mai 1868. Cet homme se rappelle avoir toujours eu la peau rude depuis sa plus tendre enfance ; elle était le siége d'une desquamation farineuse abondante et d'un prurit plus fort en été qu'un hiver. Le malade transpire peu ; il a vu un grand nombre de médecins qui lui ont conseillé de ne rien faire. Il y a treize mois, cet état de la peau envahissant de nouvelles régions saines jusqu'alors et s'accompagnant de violentes démangeaisons surtout la nuit, il entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, et y fait un séjour de six semaines. A ce moment la peau formait une véritable cuirasse, surtout à la partie antérieure des cuisses.— Bains de vapeur, bains sulfureux, sirop d'iodure de fer, vin de quinquina ; onctions matin et soir avec le glycérat d'amidon. — Quand il est sorti, la peau avait repris son aspect normal et sa souplesse ; il continua à prendre des bains de vapeur pendant trois mois, mais négligea de faire des onctions avec le glycérat d'amidon. La peau ne tarda pas à reprendre l'aspect ichthyosique et les démangeaisons devinrent violentes au point d'empêcher le sommeil. Actuellement la rudesse de la peau s'est étendue à toute sa surface, mais c'est aux membres inférieurs, aux jambes surtout que l'état ichthyosique est manifeste. La peau est sèche, dure au toucher, couverte de squames blanchâtres, très-épaisses, adhérentes aux parties sous-jacentes ; elle est fendillée et présente par places une coloration grisâtre qui ne paraît pas due entièrement au défaut de propreté. A la paume des mains l'épiderme est épais, luisant, et cet état existait dès l'enfance avant que le malade commençât à se livrer à un travail manuel. — Onctions de glycérat d'amidon, bains savonneux.— Au bout de trois jours amélioration notable ; le malade sort après un séjour de trois semaines, la peau ayant repris son apparence normale.

Je pourrais rapporter plusieurs faits semblables ; j'ajouterai seulement que chez un enfant entré le 5 mai 1868 avec une xérodermie congénitale et héréditaire très-manifeste, surtout aux membres supérieurs, et couché au n° 29 de la salle Saint-Louis où il est encore pour d'autres accidents, l'affection qui a cédé à quelques onctions de glycérat d'amidon ne s'est pas encore reproduite au bout de sept mois, quoique cet enfant n'ait pas, à dessein, pris de bain depuis plus d'un mois et qu'on n'ait pas continué les onctions de glycérat d'amidon.

ICHTHYOSE.

Dans l'observation suivante il s'agit d'un cas intermédiaire à la *xérodermie* et à l'*ichthyose confirmée ;* c'est une preuve de plus que si les divisions établies par les auteurs ont une utilité incontestable au point de vue de l'étude et même du traitement, il n'en est pas moins vrai qu'on ne les retrouve pas au lit du malade, car la nature, comme on l'a souvent répété, ne va pas par sauts et par bonds, elle passe d'un degré à un autre par des transitions insensibles.

Obs. IV. — *Ichthyose datant de l'enfance, hérédité, pas de démangeaisons. Traitement arsenical sans résultat. Glycérat d'amidon, amélioration considérable.* — Elminger, vingt-trois ans, couturière, entrée le 17 novembre 1864, salle Saint-Thomas, 35, sortie le 16 décembre. Père et mère indemnes, mais une tante et un cousin du côté maternel ont la même affection ; une sœur qui en était aussi atteinte en aurait été guérie au moment de son mariage. Bonne santé ; depuis son enfance elle a une desquamation furfuracée de toute la peau qui est blanchâtre, rugueuse et manque de souplesse ; pas de démangeaisons ; elle a perdu une grande partie de ses cheveux à cinq ans. Il y a trois ans, traitement arsenical sans amélioration.—Douches de vapeur, onctions de glycérat d'amidon. — Au bout de quinze jours amélioration notable, peau souple. Dans le dos on remarque des saillies qui ont l'apparence de tannes, il y a un poil follet au centre de quelques-unes. Examinées au microscope, ces saillies qui sont coniques sont exclusivement constituées par des cellules épidermiques, on ne peut y constater la présence de graisse. Elle sort guérie après un mois de séjour.

C'est sur cette malade que j'ai fait usage pour la première fois des onctions avec de la glycérine ; l'amélioration a été si remarquable, que depuis cette époque j'ai toujours eu recours à ce moyen dans les cas semblables. Il m'a aussi été possible de constater que les saillies de la peau qui, chez elle, avaient l'apparence de tannes, étaient constituées non par du sébum concrété, mais bien par une accumulation de cellules épidermiques, ce qui ne m'empêche pas d'admettre que, dans certains cas relativement rares, ces saillies ne puissent être formées par le produit concrété des glandes sébacées ; mais l'affection dans ces cas n'est jamais aussi généralisée, elle est limitée à la face,

au cuir chevelu, siéges de prédilection des affections des glandes sébacées.

Obs. V. — *Ichthyose généralisée. Onctions de glycérat d'amidon, amélioration considérable (pièce moulée, inscrite sous le n° 49 au Musée de l'hôpital Saint-Louis)* (1). — Daugny, trente-trois ans, employé, entré le 12 mars 1867 salle Saint-Louis, 41, sorti le 16 avril. Santé générale bonne, pas d'antécédents héréditaires; le malade dit être venu au monde avec cette affection qui est généralisée, les seules parties du corps indemnes sont les mains, les pieds, le scrotum et la verge. Démangeaisons très-vives exaspérées pendant l'hiver ; l'été l'éruption serait un peu moins intense. L'épiderme est épaissi et présente à sa surface une multitude de plis, de rides dirigés dans tous les sens ; en outre la peau offre une coloration brunâtre, mais le derme n'est ni induré ni épaissi. L'ichthyose existe également à la face qui a une coloration bistre, ce qui donne au malade, très-amaigri, l'apparence d'un tuberculeux à la période cachectique, mais il n'en est rien. Le cuir chevelu est aussi atteint ; les cheveux sont rares et d'une grande finesse, les ongles eux-mêmes sont friables.— Bains savonneux, onctions avec le glycérat d'amidon. — Dix jours après le commencement du traitement, amélioration des plus notables ; c'est à l'hypogastre que l'éruption résiste le plus. Après un mois de séjour le malade sort dans un état très-satisfaisant, la peau a presque l'apparence et la coloration normales.

Ce qu'il y avait de remarquable chez ce malade, c'était la coloration brune générale de la peau, l'absence d'épaississement des téguments, et l'apparence lamelleuse des squames épidermiques, qui donnaient à l'affection une grande ressemblance avec le pityriasis ; l'embarras eût été grand sans les signes commémoratifs.

Obs. VI. — *Ichthyose datant de l'âge de deux ans. Bains savonneux, onctions avec le glycérat d'amidon. Grande amélioration (pièce moulée inscrite sous le n° 4 au Musée de l'hôpital Saint-Louis).* — Duru (Henri), entré le 7 mai 1867, salle Saint-Louis, 53, sorti le 8 juin. L'éruption datant de l'âge de deux ans s'accroîtrait chaque année, elle diminue beaucoup l'été. Il a fait un séjour d'un an à l'Enfant-Jésus où il a été traité par les bains sulfureux ; amélioration qui n'a duré que quatre mois. L'éruption occupe tous les membres supérieurs, les mains exceptées ; elle est constituée par des couches assez épaisses de squames épidermiques formant des îlots circonscrits par des sillons curvilignes qui lui donnent une grande ressemblance avec la

(1) Je saisis cette occasion de rendre hommage au talent et à l'exactitude avec lesquels M. Baretta, l'habile artiste attaché à l'hôpital Saint-Louis, reproduit par le moulage les lésions de la peau les plus délicates.

peau du cou des tortues terrestres ; de ces squames les unes sont adhérentes au derme sous-jacent, les autres sont en partie détachées et s'enlèvent assez facilement par le grattage. Sur le tronc les squames sont moins épaisses, plus lamelleuses. C'est dans le voisinage des malléoles, aux jambes et aux pieds, que l'éruption est le plus prononcée ; il y a là de véritables croûtes épidermiques mamelonnées, elles sont brunes, mais cette coloration tient presque exclusivement au manque de soins de propreté ; il n'y a pas de démangeaisons ; sécrétion sudorale normale. — Bains savonneux, onctions avec le glycérat d'amidon. — Huit jours après le commencement du traitement l'enfant est presque méconnaissable. Au bout d'un mois de séjour il quitte l'hôpital dans un état très-satisfaisant ; pourtant on trouve encore en quelques points des espèces d'îlots séparés par des lignes rosées au niveau desquels la couche épidermique est d'une minceur exagérée.

Cet enfant est revenu pendant quelques mois chercher du glycérat d'amidon et pendant ce temps l'éruption n'a pas reparu. L'année suivante il s'est représenté à l'hôpital; sa difformité s'était reproduite mais à un moindre degré pendant un séjour qu'il avait fait à la Pitié pour une fracture de jambe. Sous l'influence du même topique l'éruption a été de nouveau considérablement modifiée.

Obs. VII. — *Ichthyose datant des premières années. Bains savonneux, onctions avec le glycérat d'amidon. Grande amélioration.* — Duru (Joseph), onze ans et demi, entré le 23 juillet 1867, salle Saint-Louis, 20, sorti le 8 août. Chez cet enfant, qui est le frère du précédent, l'éruption date aussi des premières années ; elle est généralisée, son maximum d'intensité est aux membres ; la peau est épaissie, sèche, rude au toucher, à la surface existent des plis nombreux qui par endroits affectent une forme losangique ; elle a une teinte d'un blanc grisâtre qui rappelle la peau des reptiles, à sa surface il y a des squames épidermiques très-nombreuses mais peu épaisses et foliacées ; démangeaisons assez vives. Au bout de quelques jours l'éruption était déjà très-modifiée par les onctions de glycérat d'amidon, et quand l'enfant est sorti après un séjour de deux semaines on retrouvait à peine des traces de l'éruption.

De ces faits il résulte que les onctions de glycérat d'amidon produisent une amélioration rapide dans les affections cutanées squameuses décrites sous le nom d'ichthyose, qu'elles soient congénitales, héréditaires ou accidentelles, qu'on n'ait affaire qu'à une simple sécheresse de la peau, *xérodermie*, ou qu'il s'agisse de la forme la mieux caractérisée d'ichthyose à laquelle on a donné le nom d'*ichthyose cornée.*

Un traitement interne est-il nécessaire pour combattre l'ichthyose, comme le pensaient Willan, Bateman, Elliotson ? La plupart des médecins sont d'accord pour reconnaître que c'est

aux topiques seuls qu'il faut avoir recours. On fait habituellement des onctions avec les corps gras, huiles ou pommades ; on prescrit les bains de toutes sortes, la glycérine me paraît avoir un avantage incontestable sur les corps gras ; elle ne tache pas comme eux ; elle est miscible à l'eau et il suffit d'un simple lavage pour l'enlever complétement. La glycérine doit sa supériorité surtout à son avidité pour l'eau ; ainsi, au lieu de s'évaporer lorsqu'elle est étendue sur la peau et exposée à l'air libre, elle absorbe l'humidité atmosphérique et maintient la souplesse des tissus avec lesquels elle est en contact. Ce n'est pas par évaporation, mais par suite de frottements répétés, qu'elle disparaît des surfaces sur lesquelles on l'applique. Elle ne rancit pas ; lorsqu'elle est de bonne qualité, elle est neutre, ne produit pas habituellement d'irritation de la peau dans les affections squameuses ; pour ma part, je n'ai pas eu à en suspendre l'usage toutes les fois que je m'en suis servi contre la xérodermie ou l'ichthyose.

Voici comment le traitement est habituellement institué.

Un bain savonneux avec frictions trois fois par semaine pour enlever les squames épidermiques, matin et soir onctions prolongées et léger massage sur toutes les parties malades avec le glycérat d'amidon du Codex additionné de 10 pour 100 d'eau distillée de laurier-cerise, pour masquer l'odeur un peu fade de la glycérine et calmer les démangeaisons (1).

Au bout de quelque temps, on se borne à une onction par jour, et quand la peau a repris son apparence normale, il m'a

(1) Voici la formule du *Codex :*

Amidon pulvérisé........	10 grammes.
Glycérine................	150 —

Mélangez les deux substances, faites-les chauffer dans une capsule de porcelaine à une chaleur ménagée en remuant avec une spatule jusqu'à ce que la masse soit prise en gelée. (J'augmente de cinq grammes la quantité d'amidon et quand il est cuit et que la masse est sur le point de se prendre on ajoute 15 grammes d'eau distillée de laurier-cerise).

semblé qu'un bain savonneux par semaine, suivi immédiatement d'une onction avec le glycérat d'amidon ou la glycérine pure, suffisaient pour maintenir à la peau sa souplesse normale.

Qu'on se serve de glycérat d'amidon ou de glycérine pure, il est une précaution importante qu'il faut prendre : c'est de n'employer qu'une quantité modérée de topique, de façon que, l'onction terminée, la peau soit souple, onctueuse, mais ne colle pas à la main quand on la touche.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que d'un traitement externe à la supériorité duquel je crois, mais seulement comme *palliatif* d'une affection qui n'est dans la plupart des cas qu'une difformité au-dessus des ressources de l'art.

Dans les cas de xérodermie accidentelle survenue sans cause apparente ou liée à un état cachectique, on pourrait espérer une guérison définitive ; mais dans ces cas ne serait-ce pas à la disparition de la cause cachée, ou à la guérison de la cachexie par un traitement général approprié, qu'il faudrait attribuer la cessation de la xérodermie, plutôt qu'à un traitement externe qui n'est jamais appelé qu'à jouer un rôle secondaire.

Quelle influence des onctions glycérinées pratiquées pendant plusieurs années sans interruption, pourraient-elles avoir chez un sujet atteint d'une ichthyose congénitale et héréditaire ? L'espoir du docteur Robin, d'obtenir une guérison par suite « des phénomènes de rénovation, de développement et de reproduction des cellules épithéliales sous l'influence de la glycérine, » est-il réalisable ? C'est ce que l'avenir seul nous apprendra ; comme l'expérimentation de ce moyen est absolument inoffensive, il serait très-légitime de l'essayer, si l'on trouvait un malade assez persévérant pour s'y soumettre.

CONCLUSIONS.

Entre l'état normal de la peau, et la difformité connue sous le nom d'ichthyose cornée, il existe toute une série d'états intermédiaires auxquels on peut donner le nom de *xérodermie.*

Entre le *xéroderma ichthyoides* des Anglais, et ce qu'ils appellent *ichthyosis sebacea,* il y a une différence de nature et de siége, la première est une déviation de la *sécrétion épidermique,* la seconde une déviation de la *sécrétion sébacée.*

La **X**érodermie peut être accidentelle et curable. Elle est le plus souvent héréditaire, congénitale, et participe alors de l'incurabilité de l'ichthyose.

Les traitements internes paraissent impuissants.

Les onctions avec des préparations à base de glycérine produisent une amélioration considérable mais temporaire ; il n'est pas *déraisonnable* cependant d'espérer une guérison définitive de leur emploi très-longtemps prolongé.



DES

MALADIES VÉNÉRIENNES ET SYPHILITIQUES DE L'UTÉRUS

Par J. ROLLET,
Ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon.

(Suite.)

---

§ Ier — Blennorrhagie.

L'inflammation blennorrhagique du col de l'utérus se développe quelquefois d'emblée, par contagion directe et primitive; mais souvent aussi la blennorhagie utérine est consécutive à la blennorhagie vaginale, et due à la propagation de la maladie des parties antérieures aux parties profondes du conduit vulvo-utérin.

Bien qu'on ait nié la possibilité de l'inoculation directe du col de l'uétrus par le muco-pus blennorrhagique, et l'existence de la blennorhagie utérine en tant que maladie localisée au col et indépendante de toute affection semblable du conduit vulvo-vaginal, nous ne croyons point nécessaire de nous arrêter à discuter cette question, qui nous paraît aujourd'hui tout à fait résolue. J'ai visité bien des fois au spéculum des femmes qui avaient communiqué de véritables blennorrhagies : il n'y avait rien à la vulve, rien au canal de l'urèthre, et en poussant l'instrument jusqu'au col utérin, je ne trouvais rien non plus dans le vagin. Le col seul était le siége de rougeur générale ou partielle, degranulations ou d'excoriations légères, toutes lésions d'apparence récente et manifestement développées sur place, en ce sens qu'on ne pouvait pas accuser la métrite d'avoir fait suite à une vulvite, à une uréthrite ou à une vaginite.

D'ailleurs, on ne conteste pas l'existence des chancres pri-

mitifs du col utérin, dont le développement ne se comprend qu'en admettant le transport direct du virus sur l'organe affecté, et l'on ne voit pas pourquoi l'on refuserait au muco-pus blennorrhagique ce qu'on est bien forcé d'accorder au pus chancreux.

L'abaissement de l'utérus est une condition également favorable à toutes les inoculations vénériennes du col; mais il faut bien reconnaître que l'état de la muqueuse qui se prête le mieux à l'inoculation du chancre, laisserait au contraire le muco-pus blennorrhagique sans effet. Ce qu'il faut au chancre pour qu'il se greffe sur les tissus, c'est une solution de continuité, une plaie vive, une écorchure, une crevasse. Quand la muqueuse n'est pas très-fine, ce qui est seulement nécessaire pour assurer le succès de l'inoculation blennorrhagique, c'est un premier degré de ramollissement, ou d'inflammation de cette membrane et une sorte de déliquescence de l'épithélium. Or, ces dernières conditions ne sont-elles pas plus souvent réalisées, sur la muqueuse du col, que les premières?

On dira, peut-être, qu'il est difficile de comprendre comment le col est inoculé à l'exclusion du conduit vulvo-vaginal que l'agent contagieux doit pourtant toujours traverser pour arriver jusqu'à l'utérus. Les mêmes difficultés se présentent lorsqu'il s'agit d'expliquer les cas si nombreux de blennorrhagie uréthrale développée sans blennorrhagie balano-préputiale concomitante; elles sont élémentaires et on les résout sans peine.

Ce que je voudrais faire remarquer, c'est au contraire le danger de contagion auquel le col utérin est tout particulièrement exposé dans les circonstances où la blennorrhagie survient communément. L'homme qui est affecté d'une blennorrhagie uréthrale aiguë, d'un écoulement douloureux, abondant, n'est pas dans les conditions où l'on recherche les rapports sexuels. C'est plutôt à la fin de la blennorrhagie que la cessation de toute douleur rend ces rapports possibles et qu'une longue continence en fait sentir plus impérieusement le besoin.

C'est aussi le moment où l'on se fait le plus facilement illusion sur l'innocuité de la maladie. Le muco-pus blennorrhagique, on le sait aujourd'hui par expérience, conserve très-longtemps son pouvoir contagieux. M. Warlomont a inoculé avec succès, à l'œil, une blennorrhagie uréthrale qui datait de plus de quatre mois. La plupart des écoulements chroniques, les simples gouttes même, lorsqu'elles sont muco-purulentes, sont susceptibles de se transmettre. Eh bien, qu'on imagine un écoulement modéré, une goutte uréthrale contagieuse, quand et où risque-t-elle plus de s'inoculer? N'est-ce pas surtout quand l'urèthre est soumis à une sorte d'étreinte qui en exprime les secrétions tant pathologiques que normales? N'est-ce pas au col de l'utérus faisant l'office d'une véritable cible pour ces secrétions? C'est l'humeur pathologique qui arrive la première au col. Elle peut descendre ensuite dans le vagin et s'écouler au dehors par la vulve; mais alors elle est à l'état de dilution et de mélange inoffensif.

Nous n'hésitons pas à le dire, dût-on nous accuser de paradoxe, c'est le col de l'utérus qui est l'organe génital de la femme le plus exposé à la contagion blennorrhagique par sa situation. S'il n'est pas plus souvent affecté, il le doit à l'état de la muqueuse cervicale, qui est naturellement résistante et qui ne se prête à la contagion qu'à la faveur d'altérations accidentelles et pour ainsi dire préparatoires.

Cependant nous sommes loin de nier la fréquence de la blennorrhagie utérine consécutive, c'est-à-dire de la blennorrhagie génitale de la femme, inoculée d'abord à la vulve, à l'urèthre ou au vagin, et s'étendant de là de proche en proche jusqu'au col de l'utérus. Ces cas sont bien connus, mais on oublie généralement de faire à ce sujet une remarque d'une certaine importance. Une blennorrhagie qui arrive à l'utérus, après avoir eu à traverser tout le conduit vulvo-vaginal, a eu le temps de perdre, chemin faisant, son acuité. La blennorrhagie utérine, qui parcourt sur le col ses trois périodes de

début, de progrès et de déclin, a déjà, comme nous le verrons plus loin, une tendance marquée à passer à l'état chronique ; à plus forte raison cette tendance doit-elle se montrer dans la blennorrhagie génitale qui n'a le col que pour dernier aboutissant et qui n'y arrive qu'à la fin de sa course. Nous croyons devoir faire cette observation parce que, aujourd'hui plus que jamais, ce qui donne à la blennorrhagie utérine un intérêt tout particulier c'est sa chronicité.

Il ne peut pas en effet entrer dans notre plan de faire ici une étude classique et complète de cette affection, qui, sous beaucoup de rapports, est parfaitement connue. Nous voulons nous restreindre aux points les plus obscurs de son histoire, et rechercher seulement les lésions anatomiques du col qui la caractérisent, l'état chronique sous lequel elle se présente souvent, et les questions de doctrine, d'une nature nouvelle, qu'elle est appelée à soulever désormais.

J'ai examiné au spéculum beaucoup de femmes affectées de blennorrhagie du col de l'utérus, et je n'ai jamais trouvé comme lésions, que la simple rougeur de la muqueuse, des exulcérations ou des granulations. Il faut en prendre son parti, et renoncer à voir sur le col de l'utérus des affections blennorrhagiques d'apparence spécifique. La spécificité est au fond de toutes ces affections, mais elle ne se traduit au dehors par aucune marque distinctive.

La rougeur du col de l'utérus, dans l'état aigu de la blennorrhagie, est généralement très-prononcée. La muqueuse est congestionnée, érythémateuse, d'un rouge allant parfois jusqu'aux teintes cerise, violacée, vineuse ; les papilles sont hérissées, touffues, turgescentes, et rappellent l'apparence du velours d'Utrecht. Le col tout entier est fluxionné, rénitent, comme le gland au moment de l'érection. D'autres fois, la rougeur est peu vive ; elle peut rester partielle, légère, à peine différente de l'état normal. D'autres fois enfin, avec la rougeur, il y a, à la surface de la muqueuse, des lésions plus accentuées, et celles-ci sont

presque toujours, comme nous l'avons dit, des ulcérations superficielles ou des granulations.

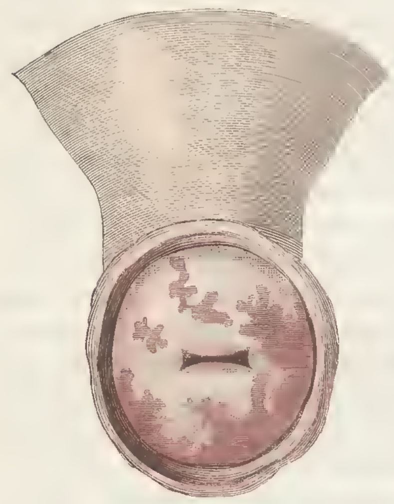


Fig. 1. — Ulcérations blennorrhagiques du col.

Les ulcérations blennorrhagiques du col de l'utérus peuvent siéger sur les deux lèvres, mais le plus souvent on les voit occuper la lèvre postérieure. Souvent aussi, elles règnent circulairement sur tout le pourtour du col, qu'elles enveloppent comme une espèce de collerette. Elles se prolongent parfois dans l'intérieur du col, sur la muqueuse qui en tapisse la cavité. Ces ulcérations sont superficielles. On voit qu'elles sont formées par le simple enlèvement de l'épithélium ; les villosités sous-jacentes, sont presque toujours respectées, et souvent même elles éprouvent un degré d'hypertrophie plus ou moins marqué. On a affaire à des exulcérations, à des excoriations, qui ressemblent beaucoup à celles qu'on observe si souvent sur la muqueuse du gland et du prépuce, dans la balano-posthite. Ces ulcérations sont assez fréquemment multiples, irrégulières, festonnées. Lorsqu'on a essuyé avec soin la muqueuse, pour la débarrasser de l'écoulement qui la recouvre, les parties se présentent avec des apparences variées, mais qui n'ont rien d'inusité. Si le col est congestionné, turgescent, rouge, il apparaît comme une cerise qu'on aurait complétement décortiquée, ou seulement pelée partiellement. D'autres fois, la surface ulcérée est simplement rose, mais d'une teinte néanmoins plus animée que celle de la

muqueuse du voisinage. L'ulcération est, dans quelques cas, blafarde, grisâtre par places, et sur des points qui tranchent avec la couleur vive du voisinage, et même avec la couleur plus adoucie de la muqueuse non ulcérée. C'est que le muco-pus, retenu par les inégalités du col, ne s'est pas bien détaché de la surface ulcérée, ou qu'il s'y est concrété sous forme de couche pultacée, et pour ainsi dire pseudo-membraneuse. Toutefois, ces sortes de fausses membranes sont toujours minces, peu consistantes, et de même nature que les exsudats fibrineux qui restent adhérents au derme cutané ou muqueux, dénudé par le vésicatoire.

Les ulcérations blennorrhagiques peuvent présenter encore d'autres caractères, mais principalement à l'état chronique. A un certain moment, elles se recouvrent de bourgeons charnus, et on les trouve inégales, mamelonées, ou simplement chagrinées ; elles ont l'aspect qu'on a décrit comme propre aux ulcérations dites granuleuses. Leur surface ressemble, à la couleur près, à celle d'une écorce d'orange.

Il existe parfois, en même temps que les ulcérations de ce genre, plusieurs saillies plus volumineuses, du volume d'un pois, arrondies, d'une couleur plus ou moins foncée, et dont on peut faire suinter un liquide en les comprimant. Ces petites tumeurs sont formées par les follicules de la muqueuse du col, enflammés et retenant le muco-pus blennorrhagique emprisonné dans leur cavité.

Quant aux granulations proprement dites, elles sont analogues à celles qu'on observe dans la vaginite granuleuse. Elles ont la forme d'une demi-sphère, et le volume d'un grain de millet, ou d'une tête d'épingle. Agglomérées et confluentes, elles rappellent l'aspect des saillies arrondies de la framboise ; elles n'occupent d'habitude que des portions limitées du col. Ces surfaces granuleuses, sont en général arrondies, elliptiques, ou bien irrégulières, et déchiquetées sur les bords.

Les granulations sont quelquefois disséminées sur toute l'é-

tendue du col. Mais, quand elles sont agglomérées sur un point, il est rare qu'il y a en ait de disséminées, une à une, ou par petits groupes, au delà du groupe principal. La couleur de ces lésions, est ordinairement d'un rouge assez prononcé. Le col, dans ces cas, est presque toujours recouvert par une couche abondante de muco-pus, à la surface de laquelle les granulations seules apparaissent et semblent surnager. La couleur rouge est encore plus foncée dans la grossesse, qui prédispose tout particulièrement les femmes aux granulations. Celles-ci s'ulcèrent rarement. Elles restent d'abord stationnaires, puis elles s'affaissent, se résolvent et disparaissent.



Fig. 2. — Granulations blennorrhagiques du col.

Toutes ces lésions blennorrhagiques du col de l'utérus se terminent sans laisser de traces durables. Les ulcérations elles-mêmes se cicatrisent sans qu'il se forme aucun tissu inodulaire rétractile : c'est l'épithélium seul qui est enlevé dans l'ulcération, il se reproduit par le travail de cicatrisation, et l'organe reprend son état normal.

Ainsi donc, un simple état inflammatoire, des lésions ne différant pas en apparence de celles qu'on observe dans la métrite superficielle commune, voilà ce qu'on constate dans la blennorrhagie du col utérin. De là, l'erreur de beaucoup d'observateurs, et j'oserai presque dire des meilleurs, de ceux qui ont étudié la maladie en anatomistes, et *de visu*, c'est-à-dire

en s'aidant du spéculum. Certaius syphiliographes, déclarent rare la blennorhagie utérine ; l'erreur vient précisément de ce que la maladie est de celles dont on peut le mieux embrasser du regard les manifestations locales. On examine une femme affectée d'un écoulement et qui demande qu'on donne un nom à sa maladie. On ne constate rien à la vulve, ni dans le vagiu, ni surtout dans le canal de l'urèthre. On découvre seulement sur la muqueuse du col un érythème général ou partiel, des ulcérations superficielles, des granulations. Mais on sait d'autre part que de telles lésions surviennent fréquemment, chez la femme, en dehors de tout rapport contagieux, et sous l'influence des causes les plus variées. On qualifie la maladie d'engorgement du col, de métrite exulcérée, ou granuleuse, ainsi qu'on y est autorisé par le résultat de l'examen direct; quant à l'appeler blennorrhagie, on n'a devant soi aucune lésion assez spécifique pour s'y décider sans autre indice. Il est certain, qu'on se trouve ici aux prises, dans bien des cas, avec des difficultés plus grandes encore que celles que fait naître, chez l'homme, le diagnostic différentiel de l'uréthrite simple et de la blennorrhagie uréthrale.

Les difficultés ne font que s'accroître et se compliquer davantage à mesure que la maladie s'éloigne de l'état aigu, et l'on n'ignore pas combien les affections du col de l'utérus ont de tendance à passer à l'état chronique.

Le col, par sa situation à la partie du tronc la plus déclive, est le siége d'une congestion passive permanente. La circulation du sang y lutte sans cesse contre la pesanteur. Les affections inflammatoires y subissent la même influence qu'aux membres inférieurs où la stase sanguine est une cause d'aggravation pour les éruptions, les plaies, les ulcères. La menstruation, la grossesse, l'accouchement, l'avortement sont aussi des circonstances aggravantes pour toutes les phlegmasies utérines.

Mais ce qui contribue le plus à retarder la guérison des lésions blennorrhagiques du col, c'est l'action irritante, ou la

violence exercée sur elles par des causes particulières agissant de dedans en dehors, ou de dehors en dedans.

Le col de l'utérus est continuellement en contact avec des liquides muqueux venant soit de la cavité du corps, soit de la cavité du col même de l'organe. L'abondance de ces liquides est souvent très-grande chez les malades affectées de blennorrhagie. Sans parler des dispositions lymphatiques ou chloro-anémiques, si fréquentes chez les jeunes femmes, et qui les rendent presque toutes leucorrhéiques, les lésions blennorrhagiques du col ne sont-elles pas déjà par elles-mêmes des provocations à ces flux muqueux, à ce catarrhe ? On a dit de la blennorrhagie uréthrale de l'homme qu'elle était une cause de pertes séminales, et qu'en général toute irritation établie autour des canaux excréteurs des glandes stimulait la sécrétion de celles-ci. Les lésions blennorrhagiques du col ont au même titre des agents excitateurs de la leucorrhée ; mais à son tour la leucorrhée agit sur elles pour en retarder la résolution. De l'avis de M. Gosselin, un observateur plein de sagacité, et peu enclin de sa nature aux exagérations, le contact des liquides leucorrhéiques plus ou moins altérés est pour le museau de tanche un irritant capable à lui seul d'enflammer les organes ; à plus forte raison des lésions inflammatoires du col déjà développées sous l'influence d'autres causes doivent-elles être aggravées par celle-là.

Quant aux excitations et aux violences venues du dehors, on comprend bien que les plus fréquentes, et les plus irrésistibles pour certaines femmes, viennent des rapports sexuels.

L'influence du coït sur la production des maladies de l'utérus a peut-être été exagérée. Les rapports sexuels ne suffisent généralement pas pour amener la métrite du col ; mais, celle-ci une fois produite, ils l'aggravent toujours. Il n'est pas douteux que chez la plupart des femmes le col utérin ne soit atteint dans le coït par l'organe copulateur de l'homme. Le premier effet de la verge est de repousser le col de l'utérus vers le rectum, de refouler et d'aplatir le museau de tanche. Ce

n'est pas seulement la grossesse et l'accouchement qui déforment le col de l'utérus chez la femme : la conicité virginale de cet organe n'existe déjà plus après les premières approches sexuelles, quelques mois de mariage suffisent pour modifier cette disposition et produire ce qu'on pourrait presque appeler une seconde défloration, la défloration de l'utérus par aplatissement du col. Ces effets sont beaucoup plus marqués chez les femmes qui ont des rapports sexuels prématurés, ou dont le vagin a une brièveté congéniale et absolue, ou seulement une brièveté relative comparativement à la longeur trop grande de l'organe copulateur mâle. C'est au point que dans ces cas la verge, épronvant plus de facilité à refouler le vagin que le col, se creuse parfois un diverticulum, tantôt aux dépens du cul-de-sac postérieur, et plus souvent aux dépens des cul-de-sac latéraux du vagin.

Encore une fois, à l'état normal les femmes n'ont pas trop à redouter, et peu d'entre elles redoutent une agression qui n'est après tout que l'accomplissement de la fonction la plus naturelle. Mais il n'en n'est plus de même à l'état de maladie.

Qu'on imagine un utérus ulcéré ou granuleux en butte à ces atteintes, il n'en résultera pas des douleurs vives pour la malade, car le col utérin est d'une insensibilité bien connue des chirurgiens ; mais quelle cause puissante de recrudescence et de revivification du mal ? comment sous cette influence l'inflammation ne se prolongerait-elle pas outre mesure sur place, ou ne gagnerait-elle pas le voisinage ?

L'insensibilité du col de l'utérus et des lésions blennorrhagiques qui s'y développent, fait que ces lésions ne sont pas des obstacles au coït. Dans cet état de maladie, les femmes ne souffrent pas, elles ne se doutent souvent pas du principe contagieux qui germe en elles ; aussi ne refusent-elles pas les approches sexuelles. C'est même un fait d'observation que pour quelques-unes un certain degré de métrite est un excitant, qui, loin de les détourner de l'acte génésique, les y porterait plutôt.

Le coït est certainement la cause la plus active des complications qu'on a décrites comme plus particulièrement dépendantes de la blennorrhagie utérine. C'est presque toujours le coït qui, pratiqué dans ces circonstances avec violence, ou avec excès, ou même modérément, fait que l'inflammation s'étend de la muqueuse au parenchyme de l'utérus, se propage de la cavité du col à celle du corps, et passe de celle-ci aux trompes, aux ovaires, au péritoine. C'est surtout le coït qui, de recrudescence en recrudescence, amène la maladie à cet état chronique dont nous devons ici dire quelques mots.

La blennorrhagie utérine, à l'état chronique, ne présente pas d'autres lésions que celles que nous avons fait connaître. Seulement à cette période de la maladie, c'est la rougeur partielle qu'on observe le plus communément, ainsi que les granulations et surtout les ulcérations granuleuses. Mais en est-il donc autrement de la blennorrhagie uréthrale de l'homme !

Aujourd'hui que, pour constater les lésions qui caractérisent, chez l'homme, la blennorrhagie de l'urèthre, on a l'équivalent du spéculum, c'est-à-dire l'endoscope, ou l'uréthroscope, on n'a pas découvert dans cette maladie autre chose que de la rougeur de la muqueuse, des granulations et des ulcérations superficielles. C'est le même état anatomique qui, sous l'influence de la même cause, se produit avec des caractères presque identiques, soit sur la muqueuse de l'utérus, soit sur celle de l'urèthre. Dans la blennorrhagie uréthrale de l'homme, la granulation et l'ulcération granuleuse sont aussi les lésions qu'on rencontre le plus communément à l'état chronique. C'est au fond du canal, presque toujours vers le bulbe ou dans la région prostatique, qu'on les observe. D'ailleurs pas plus de spécificité apparente dans ces lésions de l'urèthre que dans celles de l'utérus.

La blennorrhagie chronique de la femme, ainsi retirée sur le col de l'utérus, comme celle de l'homme sur la prostate, ne s'accuse jamais par de vives douleurs, et rarement même par un

écoulement bien appréciable. C'est véritablement la *goutte militaire* de la femme, encore plus indolente et plus latente, plus *larvée* que celle de l'homme.

La goutte militaire de l'homme apparaît toujours dans le canal sous une forme distincte. C'est une goutte laiteuse, purulente, ou muco-purulente, qui se montre au moins le matin à l'extrémité du canal, et que les malades, lorsqu'elle se cache, savent tous ramener à l'extérieur de manière à ne conserver aucune illusion sur la réalité et la nature du mal. Celle de la femme se dérobe et se perd plus facilement dans le large conduit par où elle s'écoule, et elle est parfois comme noyée dans les sécrétions leucorrhéiques qui l'accompagnent.

L'écoulement fourni par l'utérus dans ces cas est souvent très-abondant et fait de larges taches sur le linge. Mais il y a deux parts distinctes à faire dans ces sécrétions, celle de la blennorrhagie et celle de la leucorrhée. Cette leucorrhée, ce catarrhe utérin si fréquent chez la femme, que nous avons déjà rencontré comme cause aggravante des lésions blennorrhagiques du col, intervient encore dans ces affections comme un voile qui les obscurcit, un masque qui les dissimule, et surtout comme un courant qui entraîne ou enveloppe le principe contagieux et le rend parfois inoffensif. C'est lui qui forme la grande masse de l'écoulement dont le muco-pus contagieux ne constitue que la plus faible partie.

Ce mélange de divers liquides, les uns contagieux, les autres pas, a une telle importance au point de vue de certaines doctrines touchant la blennorrhagie de la femme, qu'on ne peut pas trouver mauvais qu'à ce propos nous fassions appel à l'analogie, et que nous comparions ce phénomène à ce qui se passe dans le bubon chancreux. Là aussi on trouve dans une même masse liquide plusieurs produits de différente nature.

On trouve, en premier lieu et dès le début, le pus chancreux, en petite quantité, qui occupe le fond de l'abcès et l'intérieur même du ganglion. C'est le pus chancreux seul qui

recèle le principe contagieux, c'est lui seul qui s'inocule sous forme de pustule caractéristique. Il y a, en second lieu, une suppuration péri-ganglionnaire beaucoup plus abondante que l'autre, simplement phlegmoneuse, et dont l'inoculation reste sans résultat. Il y a donc là, au total, comme dans la blennorhagie utérine accompagnée de leucorrhée, deux liquides juxtaposés, l'un virulent qui échapperait à la lancette si celle-ci ne le recueillait à sa source même, l'autre non virulent ne servant pour ainsi dire qu'à envelopper et à masquer le premier. Du reste les proportions du pus chancreux et du pus phlegmoneux ne sont pas toujours, et ne restent pas jusqu'à la fin les mêmes dans le bubon. C'est quelquefois le pus chancreux qui domine, c'est même lui seul qu'on retrouve deux ou trois jours après l'ouverture de l'abcès, quand toutes les surfaces vives ont eu le temps de s'inoculer.

Chez la femme affectée tout à la fois de blennorrhagie et de leucorrhée, les proportions du muco-pus blennorrhagique et des liquides leucorrhéiques ne sont pas sans varier aussi beaucoup suivant les circonstances. Toutefois ces proportions ne sauraient être appréciées exactement. On n'a pas pour procéder à cette détermination la voie expérimentale, et surtout une voie simple, facile, telle que la piqûre sous-épidermique, qui permet d'essayer le pus du chancre simple chez les malades; car si le pus chancreux, ainsi inoculé, fournit la pustule caractéristique, le muco-pus blennorrhagique ne fournit rien. On pourrait, il est vrai, inoculer ce dernier à une muqueuse, et on l'a souvent fait avec succès. Mais une pareille expérience est trop sérieuse pour qu'on l'applique d'une manière usuelle au diagnoctic des cas douteux, et qu'on ne s'en tienne pas, touchant les appréciations dont nous parlons, à la simple observation clinique.

Eh bien, qu'enseigne à ce sujet la clinique? La clinique enseigne que toutes les causes excitantes, les excès de coït entre autres, peuvent augmenter beaucoup, chez certaines

femmes, la proportion des humeurs contagieuses, et que ces femmes, suivant les variations survenues dans ces humeurs, peuvent tantôt communiquer et tantôt ne pas communiquer la blennorrhagie aux hommes qui ont commerce avec elles. Or, ces causes d'excitation sont précisément celles que nous avons vues à l'œuvre tout à l'heure, et qui, tout en ayant pour résultat final de faire passer les affections blennorrhagiques du col utérin à l'état chronique, ont une influence immédiate si évidente sur leur révivification et leur recrudescence.

Dans le phénomène, parfois si obscur, de la contagion de la blennorrhagie, il y a encore une bizarrerie apparente, ou plutôt une circonstance peu connue, mais rentrant nonobstant dans la loi générale de l'évolution des virus, que nous devons rappeler ici parce qu'elle est pour le praticien une cause d'incertitude ou d'erreur. Nous voulons parler de l'acuité que présentent la plupart des blennorrhagies communiquées, même celles qui procèdent d'une blennorrhagie chronique, d'une simple goutte muco-purulente.

A quelque époque de l'évolution d'une maladie virulente qu'on recueille le principe contagieux, ce principe produit ses effets habituels, ou bien il est sans résultat. Il est actif ou inactif, il n'y a pas de milieu. Mais, s'il est actif, les effets produits sont tels que la maladie communiquée commence toujours par son commencement, et parcourt successivement ses périodes de début, de progrès et de déclin avec une régularité à peu près constante. La blennorrhagie ne fait pas exception à la loi, témoin les nombreuses inoculations pratiquées, dans ces dernières années, à l'œil dans les cas de pannus, avec le muco-pus emprunté à la blennorrhagie uréthrale. Une blennophthalmie aiguë, très-aiguë même, s'est presque toujours développée à la suite de ces inoculations, dont un certain nombre ont été pratiquées pourtant avec du muco-pus recueilli dans une période avancée de la gonorrhée.

Nous avons dit qu'il y avait là une cause d'incertitude et

d'erreur pour le praticien. En effet, en présence d'un écoulement uréthral aigu, par exemple, survenu chez un individu qui a eu des rapports avec une femme affectée de blennorrhagie chronique, la disproportion entre les deux affections peut être telle qu'au lieu de rapporter la maladie communiquée à la contagion on l'attribue à des causes irritantes, à des prédispositions, et que d'une véritable chaudepisse on se laisse aller à faire une simple uréthrite.

Nous ne parlons pas des causes d'erreur bien connues qui tiennent à la précaution que prennent certaines femmes de se laver avec soin, de s'essuyer et de faire ainsi disparaître toute trace d'écoulement avant l'examen. Nous arrivons à la question de doctrine dont nous parlions tout à l'heure. Elle est délicate, épineuse. Mais elle a sa place ici, car dans bien des cas c'est au col de l'utérus qu'est son nœud gordien.

Quand la doctrine physiologique, il y a une quarantaine d'années, fit invasion dans le domaine des maladies vénériennes, elle déclara, bien entendu, une guerre à outrance à la spécificité de ces maladies; elle ne vit partout que des inflammations simples; les affections blennorrhagiques notamment furent pour elle de simples uréthrites, des vulvites, des vaginites, des métrites; et, comme les virus la gênaient et même l'agaçaient au plus haut point, elle les chassa de son vocabulaire. C'est cette école que M. Ricord trouva en possession de la faveur publique lorsqu'il entra dans les hôpitaux. Il faisait à ce moment ses premières armes, on avait fait table rase des virus, ce fut précisément à ressusciter la doctrine de la virulence qu'il consacra, comme on sait, ses nombreuses et si remarquables expériences.

Le succès fut complet, irrésistible; mais la question avait été mal posée. Ce n'était pas un principe générateur unique, un seul virus qu'il s'agissait de rechercher pour tant d'affections vénériennes différentes, il importait, au contraire, beaucoup de n'en laisser échapper aucun; il fallait les distinguer et

les ressusciter tous. Or, le virus que M. Ricord dégageait et faisait germer à volonté dans ses inoculations, ou plutôt dans ses réinoculations, c'était uniquement celui du chancre simple. Il a bien fallu depuis lors se raviser et convenir que des expériences d'un autre ordre (inoculations à la manière de Wallace) étaient nécessaires pour mettre en action le virus syphilitique proprement dit. Enfin, aujourd'hui, c'est le virus blennorrhagique qui demande à son tour une place entre ses deux acolytes ? Existe-t-il ? N'existe-t-il pas ? Telle est la question dont nous disions tout à l'heure d'une manière, il est vrai, un peu trop exclusive, que sa solution était au col utérin.

M. Ricord, lors de ses premières expériences, s'était contenté d'opposer à ses adversaires de l'école physiologique le virus du chancre simple. Pour toutes les lésions réinoculables à la lancette, il réclamait énergiquement contre eux le bénéfice de la virulence. Mais pour d'autres affections contagieuses vénériennes, il faisait cause commune avec eux. Nous voulons parler des affections blennorrhagiques qu'il déclarait non-virulentes, parce qu'elles ne fournissaient pas la pustule caractéristique à l'inoculation. Il niait donc, et ses élèves continuent à nier avec lui, l'existence du virus blennorrhagique. Aux yeux du maître et des élèves de l'école du Midi, comme aux yeux des non-virulistes, des Richond des Brus, des Desruelles, des Jourdan, la blennorrhagie n'est toujours qu'une inflammation des muqueuses, inflammation dénuée de tout principe virulent ; fournissant un muco-pus simplement âcre, irritant ; susceptible d'ailleurs de se développer sous l'influence des causes les plus variées, causes mécaniques, physiques, chimiques, physiologiques.

Après avoir si vaillamment combattu pour la spécificité, l'école du Midi combat donc maintenant contre elle. Elle fait cause commune avec ses anciens adversaires, et cela parce qu'elle n'a pas su achever son œuvre, en déclarant virulentes toutes les maladies vénériennes, y compris la blennorrhagie.

Cette résistance, il est vrai, est ancienne, et l'on aurait pu la

croire abandonnée; mais elle vient de s'affirmer de nouveau récemment. Elle nous ramène, en fait de maladies vénériennes, à des discussions déjà agitées il y a plusieurs années par les ophthalmologistes et que ces derniers s'étonneront sans doute de n'avoir pas su rendre plus profitables et plus décisives.

En effet, il est aujourd'hui reçu, en ophthalmologie, qu'il y a des conjonctivites de différente nature, en ce sens que, parmi ces affections, les unes sont simples et les autres spécifiques. La conjonctivite spécifique par excellence, c'est l'ophthalmie purulente (ophthalmie d'Égypte, ophthalmie belge, ophthalmie blennorrhagique, ophthalmie des nouveau-nés), c'est-à-dire l'ophthalmie contagieuse. L'élément spécifique, ici, c'est l'élément contagieux dont le muco-pus blennorrhagique est le véhicule. Ce principe est un virus, mais un virus qui ne se généralise pas, et dont l'action reste locale, comme du reste celle du pus chancreux. Voilà ce qui est admis en ophthalmologie.

Ce n'est pas ici le lieu de rapporter les expériences d'inoculation qui ont été entreprises à l'appui de ces idées, soit avec le muco-pus blénophthalmique, soit avec le muco-pus blennorrhagique, expériences qui ont démontré, d'autre part, l'identité de toutes les blennorrhagies, aussi bien de celles qui ont la conjonctive pour siége que de celles qu'on observe sur les muqueuses génitales, chez la femme aussi bien que chez l'homme. Nous devons nous placer exclusivement sur le terrain de l'observation clinique, et même ne pas oublier que c'est la blennorrhagie utérine qui est surtout en cause ici.

Eh bien ! quelle est à ce sujet, la doctrine qu'on pourrait appeler clinique de l'école de M. Ricord ? Tandis que nous admettons que la blennorrhagie est une maladie essentiellement spécifique, virulente, commune à l'homme et à la femme, passant de l'un à l'autre par contagion, cette école soutient de son côté que la blennorrhagie n'est pas toujours communiquée, qu'on la contracte, dans la majorité des cas, là où elle n'existe pas, et que la femme doit à son sexe le privilége

de donner cette maladie à l'homme sans l'avoir elle-même. « Quoi qu'il en soit du catarrhe utérin, dit M. Ricord, une expérience de plus de vingt années m'a appris qu'il était la source la plus commune de la blennorrhagie chez l'homme, alors même qu'on n'était pas en droit de l'attribuer à une cause vénérienne. Cependant il faut en convenir : plus le catarrhe utérin est près de l'état aigu, plus la sécrétion qu'il fournit est purulente, plus les rapports sexuels sont lascifs ou répétés, plus aussi les femmes deviennent aptes à déterminer des urétrites et des balano-posthites en admettant des causes prédisposantes chez l'homme. » (*Clinique iconographique*, 1851.)

Que le catarrhe utérin puisse, en effet, produire chez l'homme des balano-posthites ou des uréthrites principalement dans les conditions spécifiées par M. Ricord ; qu'il détermine alors le développement de ces écoulements uréthraux blennorhoïdes que MM. Baumès et Rodet ont signalés, il y a déjà longtemps, comme distincts de la blennorrhagie proprement dite ; ou qu'il donne naissance à ce suintement séro-muqueux, opalin, grisâtre, très-tenace d'ailleurs, que M. Diday a si heureusement désigné et décrit sous le nom d'uréthrorrhée, nous en convenons très-volontiers. Mais quand ce catarrhe utérin est la source d'une blennorrhagie véritable, nous croyons qu'on est en droit de l'attribuer à une cause vénérienne, et qu'on doit rechercher s'il ne serait pas mêlé d'une certaine proportion d'humeurs blennorrhagiques. C'est un diagnostic, il est vrai, difficile dans l'état actuel de nos connaissances, qui impose toujours au médecin une grande réserve, mais qu'on finira sans doute par pouvoir porter avec certitude dans des cas de plus en plus nombreux.

M. Fournier est plus affirmatif encore que son maître sur la nature des écoulements que la femme peut communiquer à l'homme sans être elle-même malade. Pour lui, ces écoulements sont bien de véritables blennorrhagies.

» Plus de soixante fois, dit-il, j'ai pu examiner des femmes,

avec lesquelles des blennorrhagies *vraies* avaient été contractées, et cela, dans des conditions qui ne pouvaient guère laisser de doutes sur l'origine de la maladie. Or, de cette étude, il est résulté pour moi la conviction que l'opinion de mon maître est la seule vraie, la seule acceptable, la seule conforme aux faits d'observation journalière. Il me semble même qu'elle reste au-dessous de la vérité. Ricord dit : fréquemment les femmes donnent la blennorrhagie sans l'avoir; c'est, à mon sens, le plus fréquemment qu'il aurait fallu dire. Pour une blennorrhagie qui résulte de la contagion, il en est trois au moins où la contagion, dans le sens précis de ce mot, ne joue aucun rôle. De ce que j'ai vu et observé jusqu'à ce jour, il résulte pour moi, que l'homme est plus souvent coupable de sa blennorrhagie, que la femme dont il semble la tenir; il se donne plus souvent la chaude-pisse, qu'il ne la reçoit. » (*Dict. de méd. et de chirurg. pratiques*, t. V, p. 133.)

Voilà donc la question nettement posée : ce n'est plus, comme autrefois, la doctrine de l'identité, mais celle de la *spontanéité* de la blennorrhagie qui est en cause. Il ne s'agit plus aujourd'hui de savoir si la blennorrhagie peut produire le chancre; c'est jugé, elle ne le produit pas. Il ne s'agit pas davantage de rechercher si elle peut être suivie de syphilis constitutionnelle, c'est jugé aussi dans le même sens. Mais nous avons tous reconnu la nécessité d'inoculer du pus chancreux pour donner naissance au chancre simple, celle d'inoculer du virus syphilitique pour engendrer la syphilis, ne devons-nous pas reconnaître aussi celle d'avoir du muco-pus blennorrhagique pour faire une blennorrhagie?

J'ai montré plus haut quel était le rôle du col de l'utérus comme source et réceptacle de ce muco-pus, mais je suis loin de nier que d'autres points des organes génitaux de la femme, n'aient également une grande tendance à retenir la blennorrhagie et à la faire passer à l'état chronique.

Nous ne parlons pas du canal de l'urèthre, car l'uréthrite, chez

la femme, est tenue pour blennorrhagique par tout le monde, et elle ne suscite pas de dissidences. M. Guérin a signalé récemment à l'attention des praticiens deux glandules qui s'ouvrent tout près, mais en dehors du méat urinaire, et au fond desquelles la blennorrhagie vulvaire se concentre souvent sous forme de goutte presque imperceptible. Il y a longtemps que les culs-de-sac vagino-utérins, et surtout le cul-de-sac postérieur, ont leur réputation faite comme siége fréquent de la blennorrhagie vaginale chronique.

Règle générale, la recherche de la blennorrhagie chronique, chez la femme, nécessite des explorations complètes, qui portent sur tous les points, même les plus circonscrits de la muqueuse génitale. On sait que c'est le propre de cette maladie, aussi bien chez la femme que chez l'homme, d'abandonner en vieillissant les larges surfaces, et de se concentrer sur des régions de plus en plus limitées et restreintes. Les plis de la membrane muqueuse, les dépressions, les culs-de-sac, et surtout les parties largement pourvues de follicules et de glandes, sont ses lieux de retraite préférés. Les conduits excréteurs sont plus souvent affectés qu'on ne pense, notamment ceux des glandes vulvo-vaginales.

Nous pouvons du reste attendre sans impatience le résultat général de cette enquête, car heureusement les doctrines nouvelles n'engagent pas sérieusement la thérapeutique de la blennorrhagie. Dans l'un et l'autre camp, les moyens de traitement ne diffèrent pas, moyens locaux, appliqués aussi directement que possible sur le mal. La question vaut néanmoins la peine d'être sérieusement étudiée, ne fût-ce que pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur du principe que les femmes les plus saines, comme les plus malades, ne peuvent donner que ce qu'elles ont.

(*La suite au prochain numéro.*)

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DU RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

PAR ALFRED FOURNIER

Médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de Paris.

(Suite.)

II

PARTIE CLINIQUE.

Imminence d'une confusion tendant à s'établir entre le véritable rhumatisme blennorrhagique et le rhumatisme simple coïncidant par aventure avec une blennorrhagie. — Comment cette confusion conduirait à la négation du rhumatisme blennorrhagique. — Nécessité actuelle de constituer la symptomatologie de ce rhumatisme d'après certains cas types que nous offre la clinique. — Quels sont ces cas ?

Ce ne fut pas sans peine, on le sait de reste, que le rhumatisme blennorrhagique fit son entrée dans la science. Aux premiers auteurs qui signalèrent la relation curieuse de certaines fluxions articulaires avec un état pathologique de l'urèthre, on opposa longtemps, comme fin de non-recevoir, l'objection banale des coïncidences fortuites et des associations de hasard. « Il n'y a pas, disait-on, de rhumatisme blennorrhagique ; il n'y a que des rhumatismes accidentellement développés chez des sujets affectés de blennorrhagie. »

Cependant, à la suite de longs débats qu'il serait superflu de rappeler ici, la lumière s'est faite, l'évidence clinique s'est imposée, et l'on peut dire aujourd'hui que le rhumatisme blennorrhagique a conquis définitivement sa place dans la science.

Or, par un singulier caprice de l'esprit humain, il se produit de nos jours et sous nos yeux un courant d'idées précisément contraire à celui qui accueillit le rhumatisme blennorrhagique à sa naissance. On ne voulait pas croire autrefois à l'existence de ce rhumatisme spécial ; on le récusait, on le niait. Et voici qu'aujourd'hui, à en juger du moins d'après quelques publications récentes, on ne l'accepte que trop facilement ; on le voit partout, on l'admet et on lui fait place avec une complaisance telle que tout rhumatisme coïncidant avec une blennorrhagie devient par cela seul, *ipso facto*, un rhumatisme blennorrhagique. Cette tendance actuelle est des plus manifestes ; elle ressort évidemment de certains travaux contemporains.

De là qu'est-il résulté ? C'est que des rhumatismes les plus simples, les plus vulgaires, ont été imputés à la blennorrhagie. C'est que la pathologie du rhumatisme vrai s'est glissée dans la pathologie du pseudo-rhumatisme uréthral. C'est que la symptomatologie de ce dernier s'est trouvée faussée, adultérée, par l'immixtion de phénomènes et de formes morbides relevant d'une cause étrangère.

Au point de vue scientifique ! — qu'on ne s'y méprenne pas ! — la confusion que je viens de signaler, c'est-à-dire l'assimilation au rhumatisme blennorrhagique du rhumatisme simple coïncidant d'aventure avec une blennorrhagie, comporte les conséquences les plus graves. Du jour, en effet, où cette confusion, naissante aujourd'hui, se sera complétée et aura pénétré dans les esprits, *ce sera fait du rhumatisme blennorrhagique* qui disparaîtra comme entité morbide, absorbé qu'il sera dans la grande et factice unité du rhumatisme simple. Et cela, pour une raison très-naturelle, en vertu d'une déduction des plus logiques. Car, si le rhumatisme blennorrhagique n'avait d'autres symptômes que ceux du rhumatisme simple, ce serait œuvre vaine de lui accorder une description spéciale et une place à part dans le cadre nosologique. Tout ce qu'il y aurait à faire, ce serait d'inscrire la blennorrhagie au nombre des causes oc-

casionnelles du rhumatisme, et de dire : la blennorrhagie peut, comme le froid, comme les brusques changements de température, influencer les séreuses articulaires, tendineuses ou autres, et déterminer certains accidents connus sous le nom de rhumatisme ; que la cause varie, l'effet reste le même, et le rhumatisme qui succède à une phlegmasie de l'urèthre est identique, de forme et de nature, à celui que détermine toute autre influence pathogénique. Causes multiples, effet commun. Et comme conséquence, négation de l'entité morbide dite rhumatisme blennorrhagique.

Une question capitale, dans le sujet qui nous occupe, se présente donc à débattre aujourd'hui. Il ne s'agit plus, comme autrefois, de montrer par des arguments nouveaux le rapport qui relie certains phénomènes à un état pathologique de la muqueuse uréthrale. Il s'agit de déterminer d'une façon exacte quels sont les accidents qui doivent être imputés à la blennorrhagie, et quels sont ceux au contraire qui doivent être considérés comme de simples manifestations rhumatismales coïncidant par hasard avec une phlegmasie de l'urèthre. Ce qu'il faut, c'est tracer entre les uns et les autres une démarcation scientifique ; c'est préciser la symptomatologie propre du rhumatisme uréthral, et rejeter hors de son cadre les éléments étrangers qui tendent à s'y introduire, qui déjà même s'y sont introduits à la faveur de regrettables confusions.

Or, cette œuvre à accomplir comporte une difficulté spéciale, qui a été et qui sera longtemps la pierre d'achoppement des observateurs. Cette difficulté, la voici : un rhumatisme se produit sur un malade préalablement affecté de blennorrhagie ; ce rhumatisme est-il une maladie propre surajoutée à une autre maladie? ou bien n'est-il au contraire qu'une conséquence, qu'un symptôme, qu'une dépendance de l'affection première?

Si ce rhumatisme offre quelque phénomène propre, quelque manifestation particulière qui le différencie du rhumatisme simple, nul embarras; la question est jugée par cela même.

C'est à un rhumatisme spécial, blennorrhagique, qu'on a évidemment affaire.

Mais si ce rhumatisme se présente avec les symptômes, avec l'allure, avec la physionomie habituelle du rhumatisme vulgaire, le problème devient bien autrement difficile. C'est affaire ici d'appréciation délicate, et les dissidences vont commencer. Tel observateur ne manquera pas de voir, dans ce cas, un exemple de rhumatisme simple relié à la blennorrhagie comme un effet à sa cause; et tel autre récusera cette interprétation pour n'admettre entre les deux états morbides qu'un rapport fortuit de coïncidence, qu'une combinaison purement accidentelle. Avec l'École à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir, moi, par exemple, en face du cas que je suppose, je me rangerai à cette dernière opinion, et je dirai : « Voici un malade qui présente deux maladies, une blennorrhagie d'une part et d'autre part un rhumatisme, sans être affecté, pour cela, d'un rhumatisme blennorrhagique. » — « Mais, objecteront nos opposants comme du reste il nous l'ont objecté déjà, de quel droit séparez-vous dans ce cas le rhumatisme de la blennorrhagie? Est-ce parce qu'il ne se présente pas à vous avec certains symptômes, certaines particularités, certaines allures qu'affecte assez habituellement le rhumatisme blennorrhagique? Rien de plus arbitraire; car une maladie n'est pas astreinte à revêtir toujours la même forme. Est-ce parce qu'il offre une identité complète de symptômes avec le rhumatisme ordinaire? Mais pourquoi ce qu'on appelle le rhumatisme ordinaire ne serait-il pas un mode d'expression de l'influence blennorrhagique, et quelle raison vous autorise à l'exclure du cadre des manifestations possibles du rhumatisme uréthral? Donc, rien ne prouve que sur le malade en question les accidents articulaires ne soient une conséquence de la blennorrhagie, et nous nous croyons rationnellement autorisés, pour notre part, à les considérer comme tels. »

A cela, il est vrai, nous pourrions répondre à notre tour que

ce n'est pas une pure fantaisie qui a guidé nos devanciers et qui nous a guidé nous-même dans l'interprétation à donner aux cas de cette nature ; — que c'est pour avoir observé tels ou tels phénomènes, se produisant d'une façon commune chez les sujets affectés d'un écoulement uréthral, que nous avons composé par le groupement de ces phénomènes une symptomatologie propre au rhumatisme blennorrhagique ; — que, n'ayant pas rencontré dans les mêmes conditions la forme simple du rhumatisme, nous récusons cette forme en tant que manifestation blennorrhagique, etc. — Mais en fin de compte, cette discussion ne comportant pas une démonstration matérielle resterait sans solution possible, et après de nombreux discours la question ne serait guère plus avancée, si, fort heureusement, nous n'avions un moyen de l'éclairer en la déplaçant ou, pour mieux dire, en la plaçant sur un autre terrain.

Ce qui fait notre embarras, ce qui produit et ce qui entretient les dissidences sur le sujet actuel, c'est l'absence d'une caractéristique permettant de distinguer le rhumatisme véritablement blennorrhagique du rhumatisme coïncidant par aventure avec une blennorrhagie. Cette caractéristique nous faisant défaut, au lieu de nous heurter sans cesse contre un obstacle insurmontable, essayons de *tourner* cet obstacle et de chercher ailleurs la solution d'un problème insoluble jusqu'ici dans les termes où il était posé.

Il est, en clinique, un certain ordre de cas qui s'imposent à nous comme des types irrécusables de rhumatisme blennorrhagique. Ce sont ces cas curieux, auxquels j'ai déjà fait allusion, où plusieurs blennorrhagies successives développées sur le même sujet se compliquent toutes et invariablement d'accidents rhumatismaux. Ici nul doute, nulle dissidence possible. Car si l'on peut suspecter une simple coïncidence alors qu'un malade est, *pour une fois*, affligé simultanément de blennorrhagie et de rhumatisme, la même incertitude n'a plus raison d'être lorsque l'association de ces deux états morbides s'est reproduite sur le

même sujet d'une façon en quelque sorte fatale, deux, trois, quatre, cinq et six fois de suite. Il est de toute évidence, en pareil cas, que le hasard doit être mis hors de cause, et la répétition successive des mêmes phénomènes dans les mêmes conditions témoigne péremptoirement de leur connexion pathogénique.

Les faits de ce genre sont donc des types par excellence de rhumatisme blennorrhagique. C'est d'après eux qu'on peut édifier d'une façon exacte et sûre la symptomatologie de cette affection, pour y admettre ou pour en exclure telles ou telles manifestations, telles ou telles formes morbides.

Or, pour en revenir au point en litige, des faits de cet ordre peuvent servir de *critérium indirect* pour juger si *la forme simple du rhumatisme est ou n'est pas un mode d'expression de l'influence blennorrhagique*. C'est à ce critérium qu'il faut en appeler pour juger en dernier ressort cette grave question ; c'est à ce contrôle qu'il faut soumettre les observations douteuses, pour en finir avec les appréciations arbitraires et rentrer dans les sentiers de la science exacte et précise.

II

Considérations générales préliminaires. — Transformation de l'état de la science sur la question du rhumatisme blennorrhagique : 1° Le rhumatisme blennorrhagique n'est pas seulement une affection des jointures ; c'est une maladie plus générale, pouvant intéresser divers systèmes organiques ; — 2° Ce rhumatisme peut se produire sans toucher les jointures ; — 3° Ses localisations non articulaires sont infiniment plus nombreuses que ses arthropathies ; — 4° Il offre parfois une multiplicité et une dissémination d'accidents égale et même supérieure à ce qu'on observe dans le rhumatisme aigu simple.

Les recherches récentes dont le rhumatisme blennorrhagique a été l'objet ont complétement modifié la symptomatologie de cette affection. Il est facile de le prouver en quelques lignes.

On considérait autrefois cette maladie comme une lésion des synoviales articulaires. Il est démontré aujourd'hui que c'est un état morbide *bien plus complexe*, susceptible d'intéresser

divers systèmes organiques, les séreuses des tendons, les bourses muqueuses, les membranes de l'œil, les muscles, les nerfs, le périoste, etc.

On croyait que la maladie devait toujours affecter les jointures, et l'on n'eût pas compris un rhumatisme blennorrhagique sans manifestations articulaires. De nos jours, au contraire, il est acquis que ce rhumatisme peut exister *sans toucher les articulations*, et porter exclusivement sur tel ou tel autre système.

On croyait — et beaucoup d'auteurs professent encore cette opinion — que les manifestations articulaires de ce rhumatisme sont infiniment plus fréquentes que toutes ses autres localisations, considérées comme relativement rares et même exceptionnelles. Or les statistiques actuelles démontrent péremptoirement que, sur un nombre donné de malades, *la somme des lésions non articulaires est infiniment supérieure à celle des arthropathies.*

On disait encore (et l'on donnait même ce signe comme un élément de diagnostic différentiel) que le rhumatisme blennorrhagique était toujours sobre de manifestations, « se bornant à affecter une jointure, se localisant sur un point, etc. » Des faits nouveaux sont venus démontrer contradictoirement qu'il offre parfois une *multiplicité* et une *dissémination* d'accidents égale, supérieure même à ce qu'on observe dans le rhumatisme aigu simple, etc., etc.

De sorte que toute l'ancienne symptomatologie du rhumatisme blennorrhagique se trouve aujourd'hui bouleversée de fond en comble, et que les descriptions de nos livres classiques ne donnent plus qu'une idée très-imparfaite de l'état actuel de la science sur cet intéressant sujet. C'est ce qui ressortira, je l'espère, de l'exposé qui va suivre.

Mais, avant d'aborder la longue revue des accidents morbides qui doivent être rattachés au rhumatisme blennorrhagique, je légitimerai tout d'abord par quelques mots les propositions générales qui viennent d'être émises.

I. — Le rhumatisme blennorrhagique, ai-je dit en premier lieu, n'était considéré, il y a quelques années encore, qu'au titre d'une affection exclusivement articulaire, susceptible au plus de s'irradier sur les membranes de l'œil. En 1853, par exemple, Melchior Robert, résumant l'état de la science dans la première édition de son très-estimable ouvrage (1), ne parlait que d'une *arthrite* blennorrhagique (*gonocèle ou tumeur blanche blennorrhagique du genou*) et d'une espèce particulière d'*ophthalmie* « dite de cause interne ou métastatique, coïncidant souvent avec des douleurs dans les membres et surtout dans les articulations ».

Tout cela est bien changé de nos jours. Le domaine du curieux état pathologique que nous étudions actuellement s'est considérablement accru dans ces derniers temps et tend toujours à s'accroître ; si bien que la *gonocèle* ou l'*arthrite* d'autrefois a fait place dans le langage actuel au *rhumatisme blennorrhagique*, dénomination plus générale et mieux appropriée par cela même tant à la multiplicité qu'à la variété de phénomènes reliés à une origine commune. Peu à peu, en effet, à mesure que la science s'enrichissait d'observations nouvelles, on s'est vu forcé de rattacher aux arthropathies blennorrhagiques toute une série de manifestations diverses qui avaient jusqu'alors passé inaperçues, ou dont on n'avait pas du moins saisi la relation avec l'état morbide de l'urèthre. C'est ainsi que tour à tour on dut introduire dans le cadre de la maladie certaines inflammations des bourses tendineuses et des bourses muqueuses, des rhumatismes musculaires, de simples douleurs, des ophthalmies de siége divers, des névralgies (telle, par exemple, la sciatique, que j'ai récemment décrite), des phlegmasies du périoste que je signalerai dans ce mémoire, voire même encore, d'après certains auteurs, des lésions inflammatoires des plèvres, de l'endocarde, du péricarde, du système vei-

(1) *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1853.

neux, des méninges rachidiennes et cérébrales, du foie, des glandes salivaires, etc., etc.

Que cette expansion du rhumatisme blennorrhagique, si je puis ainsi parler, ait dépassé sur quelques points la limite du vrai ; que parmi tant d'accidents passés au compte de la blennorrhagie il y en ait un certain nombre dont la relation avec un état morbide de l'urèthre reste pour le moins douteuse, je suis tout prêt à le concéder, je dirai plus, je le crois, et j'ai des raisons pour le croire. Si des exagérations, des erreurs ont été commises, l'avenir et la clinique en feront justice. Toujours reste-t-il acquis et bien acquis à la science, grâce à de nombreux travaux, que l'affection dite rhumatisme blennorrhagique n'est pas, comme on le croyait jadis, confinée dans les séreuses articulaires. Elle est susceptible, très-certainement, de manifestations nombreuses portant sur des systèmes organiques très-divers, manifestations inconnues il y a quelques années encore, multipliées peut-être à l'excès aujourd'hui, mais dont plusieurs déjà reposent sur un ensemble de faits sérieusement observés et de preuves des plus concluantes.

II. — Les dénominations premières qui furent imposées à la maladie témoignent bien qu'on la considéra tout d'abord comme une affection des jointures. On ne se serait certes pas avisé de croire qu'un état morbide dit *arthrite* pût exister sans lésions articulaires. Or, avec les progrès de la science, il s'est produit ce fait curieux, que, découvert et localisé dans les articulations, le rhumatisme blennorrhagique est devenu de nos jours une maladie beaucoup plus générale et susceptible même de se produire *sans intéresser les jointures.*

Si le plus souvent, il est vrai, ce sont des arthropathies qui, associées ou non à d'autres symptômes, composent le rhumatisme blennorrhagique, il est d'autres cas et en bon nombre où les accidents articulaires font absolument défaut. La maladie consiste alors soit en des ophthalmies tout à fait spéciales, soit

en des synovites tendineuses, soit en douleurs musculaires, soit en des névralgies, des périostites, soit encore en la combinaison, sous des formes variées, de ces diverses manifestations.

Ainsi, je trouve en consultant mes notes que, dans 52 cas de rhumatisme blennorrhagique, quinze fois les jointures sont restées absolument saines, la maladie n'ayant porté que sur les synoviales tendineuses, les muscles, les membranes oculo-palpébrales, les nerfs, le périoste, etc.

Donc, d'après cette statistique personnelle, *une fois sur trois ou quatre* environ, le rhumatisme blennorrhagique ferait ses manifestations en dehors des jointures; une fois sur quatre au moins, il serait un rhumatisme non articulaire.

Cette proposition ressort rigoureusement des observations que j'ai recueillies dans ces dernières années. Mais j'ai hâte de dire qu'il faudrait, pour en juger l'exactitude, un nombre de faits bien supérieur à celui dont je dispose actuellement. Je ne donne donc ces chiffres que pour ce qu'ils valent, c'est-à-dire comme une appréciation provisoire de fréquence relative.

Quelle que soit au reste cette proportion numérique, il n'est pas moins certain, de par les chiffres précités, que dans un très-grand nombre de cas le rhumatisme blennorrhagique se produit sans toucher les jointures. C'est là seulement ce que je veux établir pour l'instant; c'est là ce que démontrent les faits auxquels j'ai fait allusion et dont il me reste à présenter l'analyse succincte :

Obs. VI. — H..., actuellement âgé de vingt-sept ans, a été affecté de trois blennorrhagies *qui se sont toutes trois compliquées de rhumatisme*. Deux de ces rhumatismes (le premier et le troisième) n'ont présenté aucune localisation articulaire. Voici le résumé des accidents que j'ai observés :

Premier rhumatisme (1863) : Ophthalmie double, ambulante d'un œil à l'autre. (iritis)

Second rhumatisme (1864) : Hydarthrose d'un genou.

Troisième rhumatisme (1865) : Douleur exactement localisée sous un talon ; douleurs dans les orteils, en dehors des articulations ; douleurs sous le pied (?). (Spondyl. ankyl.)

Obs. VII. — C..., employé, âgé de vingt-cinq ans. Constitution lym-

phatique. — Première blennorrhagie en 1861 ; ophthalmie (forme de conjonctivite simple). — Seconde blennorrhagie en 1864 ; aucun accident rhumatismal. — Troisième blennorrhagie en 1865 ; double ophthalmie métastatique (même forme de conjonctivite).

Obs. VIII. — (Je donnerai plus loin cette curieuse observation en détail). D..., âgé de trente et un ans. Trois blennorrhagies, *trois rhumatismes* blennorrhagiques. — Dans le premier et le troisième, arthropathies associées à d'autres accidents aussi nombreux que variés. — Dans le second, double ophthalmie et sciatique ; aucun accident articulaire.

Obs. IX. — Première blennorrhagie ; synovite des tendons extenseurs des doigts. — Aucun autre accident.

Obs. X. — Première blennorrhagie. Double ophthalmie métastatique. Aucun autre accident.

Obs. XI. — K..., âgé de quarante ans. Trois blennorrhagies, *trois rhumatismes* blennorrhagiques. — Dans le premier (1864), hydarthrose d'un genou. — Dans le second (1866), tuméfaction en masse du gros orteil ; douleur dans les tendons des orteils. — Dans le troisième (1867), douleur excessivement vive exactement circonscrite sur une apophyse épineuse (région dorsale) ; douleur vive et limitée dans la fosse sus-épineuse gauche ; douleur dans les masses musculaires d'un bras.

Obs. XII. — N..., âgé de vingt-trois ans. Première blennorrhagie ; synovite des tendons péroniers ; conjonctivite mono-oculaire.

Obs. XIII. — Blennorrhagie. — Sciatique ; périostose costo-sternale ; périostose sacrée ; gros orteil tuméfié en masse, mais avec articulations indemnes.

Obs. XIV. — Première blennorrhagie. — Double ophthalmie métastatique. Aucun autre accident.

Obs. XV. — Blennorrhagie. Douleur exactement limitée sur une saillie osseuse du poignet ; douleur du talon.

Obs. XVI. — Blennorrhagie. Double ophthalmie métastatique, ambulante d'un œil à l'autre et à recrudescences multiples ; aucun autre accident.

Obs. XVII. — Blennorrhagie. Ophthalmie gauche ; ophthalmie droite ; récidive de l'ophthalmie sur l'œil gauche (forme de conjonctivite oculo-palpébrale). Aucune autre manifestation.

Obs. IV. — J. A..., âgée de vingt-quatre ans. Blennorrhagie uréthrale ; grossesse. Rhumatisme blennorrhagique siégeant dans les tendons de la patte-d'oie et le tendon du muscle biceps fémoral. (Observation relatée en détail pages 11 et 12.)

III. En troisième lieu, si l'on compare numériquement les arthropathies et les manifestations non articulaires du rhumatisme blennorrhagique, on arrive à ce résultat inattendu que

ces dernières sont de beaucoup les plus nombreuses, les plus fréquentes.

Je précise cette proposition, qui semble contradictoire avec les dernières statistiques précédentes et qui pourrait prêter à ambiguïté.

Si l'on prend un certain nombre de malades affectés de rhumatisme blennorrhagique, il est bien vrai que sur la plupart (37 sur 52, environ) on rencontre des manifestations articulaires. C'est ce que je viens d'établir précédemment.

Mais si, détaillant l'histoire complète de ces mêmes malades, on additionne d'une part les arthropathies et d'autre part les manifestations non articulaires qu'ils ont présentées, on trouve que la somme de ces dernières est *considérablement supérieure* à celle des arthropathies.

Il serait puéril de citer encore ici de nouveaux chiffres. Qu'il me suffise, sans reproduire ce petit calcul que j'ai fait scrupuleusement, d'en exprimer le résultat.

IV. Enfin, on représentait autrefois le rhumatisme blennorrhagique comme un rhumatisme mono-articulaire (*monarthrite*), et l'on entend encore quelques médecins répéter aujourd'hui qu'il se distingue facilement du rhumatisme simple par ce seul caractère. Tout au moins est-il de croyance commune, même de nos jours, que la maladie n'a pas de tendance à multiplier ses manifestations, qu'elle reste habituellement « concentrée sur son siége primitif, sans en sortir », qu'elle n'offre « *jamais* » cette diversité et cette dissémination d'accidents qu'on observe communément dans le rhumatisme aigu de forme vulgaire.

Il y a tout à la fois une part de vérité et une part d'erreur dans cette appréciation. Je m'explique, en insistant à dessein sur ce point qui a déjà donné lieu à de nombreuses controverses et qu'il importe d'étudier avec précision.

Il est très-positif que sur un certain nombre de malades on

voit le rhumatisme blennorrhagique se confiner sur un point « et n'en pas sortir », affecter par exemple une jointure et respecter toutes les autres, ou bien se porter exclusivement sur les yeux, sur une bourse tendineuse, sur un nerf, etc., se limiter en un mot à une manifestation isolée, *unique*. Cette forme n'est pas rare. J'en compte 16 exemples dans les observations que j'ai sous les yeux actuellement. Dans ces 16 faits, le rhumatisme s'est borné à l'une des manifestations suivantes :

Arthropathie unique	4 cas.
Ophthalmie sans autres manifestations	7
Synovite tendineuse, unique	2
Sciatique	1
Douleurs difficilement localisables	2

Ce qui est plus fréquent encore, c'est que la maladie se limite, non plus à une manifestation unique, mais à un *petit nombre d'accidents*. Prenant pour exemple les localisations articulaires, nous ne voyons guère le rhumatisme blennorrhagique porter sur plus de deux, trois, quatre jointures ; nous ne le voyons jamais sévir sur la presque totalité des articulations. Jamais on n'observe, de par lui, des malades invalides de *tous* leurs membres et immobilisés comme des statues sur leur lit de douleur, ce qui n'est que trop fréquent dans le rhumatisme aigu vulgaire. Si je ne craignais d'abuser de la statistique, je pourrais établir par des chiffres très-significatifs que la moyenne des articulations affectées dans l'une et l'autre de ces maladies, pour un même nombre de sujets, est fort inégale, c'est-à-dire bien inférieure pour le rhumatisme blennorrhagique.

Mais, en revanche, et c'est là le fait que je tiens à mettre en lumière, il est certains cas où le rhumatisme blennorrhagique multiplie ses déterminations d'une façon singulière. On le voit alors affecter plusieurs systèmes, produisant à la fois ou successivement des arthropathies, des synovites tendineuses, des phlegmasies oculaires qui se portent d'un œil à l'autre, des hygromas aigus, des périostites, des douleurs musculaires, etc.

De sorte que, sous cette forme, il devient une maladie je ne dirai pas généralisée, mais *aussi multiple et plus variée même, comme expressions morbides, que ne l'est jamais le rhumatisme simple.*

Cette dernière assertion pourrait soulever quelques doutes ; je me hâte en conséquence de la confirmer par deux faits très-probants que j'emprunte à mes notes (1).

Obs. XVIII. — T..., âgé de vingt-cinq ans, a été affecté de *trois* blennorrhagies, *qui se sont toutes trois accompagnées d'accidents rhumatismaux.*

Dans le second rhumatisme, le malade a présenté tour à tour les diverses manifestations suivantes : Début, au dixième jour de l'écoulement, d'une double ophthalmie (forme de conjonctivite) ; douleur lombaire uni-latérale ;— quelques jours plus tard, synovite des tendons extenseurs du pouce, puis arthrite du poignet ; douleur très-vive dans une articulation chondro-sternale, sans rougeur ni tuméfaction ; synovite très-aiguë des tendons péroniers d'un côté ; douleurs non localisables dans un pied ; douleur dans l'épaule gauche ; nouvelle ophthalmie double (même forme conjonctivale) ; douleur très-vive en un point limité au niveau de la tête du cubitus ; douleur à la nuque dans les masses musculaires, empêchant de tourner la tête ; douleur derrière la malléole interne du pied droit ; tuméfaction douloureuse de la tête du troisième métacarpien, avec rougeur et difficultés dans les mouvements de l'articulation ; même tuméfaction à l'extrémité supérieure du même os (périostite) ; raideur et embarras dans les mouvements d'un genou, sans tuméfaction, ni rougeur, ni épanchement ; mêmes symptômes, mais moins accusés, dans les deux articulations tibio-tarsiennes ; et enfin douleur localisée en un point très-circonscrit au niveau de l'insertion du ligament rotulien sur le tibia. — Guérison après cinq mois de maladie.

Obs. XIX. — D..., âgé de trente et un ans. — Trois blennorrhagies, trois rhumatismes blennorrhagiques. — Comme symptômes du troisième rhumatisme nous observons successivement : Le 24 décembre, douleurs dans les deux tendons d'Achille et le genou droit. — Le 25, ces douleurs se dissipent, mais pour se porter dans le genou gauche et le nerf sciatique du même côté ; sciatique type des plus aiguës ; pleurodynie dans la moitié gauche du thorax. — Le 26, hydarthrose énorme du genou gauche ; douleur très-vive au niveau de l'insertion du ligament rotulien sur le tibia, à droite ; douleur dans le poignet droit ; ophthalmie conjonctivale de l'œil droit. — Le 27, douleurs affreuses dans la fesse gauche, au niveau de l'émergence du nerf sciatique, dans les lombes, le jarret et le mollet. — Le 29, hydarthrose du genou droit ; douleurs très-vives dans tout l'avant-bras et le coude droit ; les jours suivants, épanchement dans cette jointure. — Le 10 janvier, douleurs vives et tuméfaction

(1) Je ne donne ici qu'une analyse sommaire de ces deux faits, qui seront relatés en détail dans le cours de ce travail.

sur le dos du pied gauche ; récidive de l'ophthalmie à droite ; récidive de la pleurodynie. —Dans la seconde quinzaine de janvier, douleurs erratiques et mal définies sur plusieurs points (poignet, avant-bras, thorax, dos, jarret) ; recrudescences multiples de l'ophthalmie, qui se porte d'un œil à l'autre. — Il se fait un temps d'arrêt dans la maladie, puis le 11 février, synovite tendineuse aiguë sur le dos du pied gauche ; tuméfaction douloureuse des masses musculaires situées au-dessous de l'épicondyle, à droite ; douleur vive et circonscrite sur la tête du cubitus ; douleurs thoraciques ambulantes et vagues.— Le 15, apparition d'une douleur circonscrite au niveau d'une apophyse épineuse de la région dorsale. — Le 19, douleur au niveau des tendons fléchisseurs des doigts, un peu au-dessus du poignet. — Le 23, synovite tendineuse derrière la malléole interne.—Le 25, douleur circonscrite sur une tubérosité tibiale. —En mars, douleurs vagues au niveau du cou-de-pied gauche et d'un poignet ; récidive légère des douleurs sciatiques. — Guérison définitive en avril.

Additionnant chez ces deux malades (qu'on nous pardonne cette petite débauche de statistique) les localisations morbides qu'ils ont présentées, nous arrivons au total excessif de 18 environ pour le premier et de 27 pour le second ! C'est assez dire qu'en certains cas le rhumatisme blennorrhagique offre des manifestations très-nombreuses, très-multipliées, et aussi très-diverses. — A un certain point de vue, cette multiplicité, je l'avoue, le rapproche du rhumatisme simple ; mais elle l'en distingue encore plus qu'elle ne l'en rapproche, si l'on tient compte du siége, de la forme et des caractères cliniques de ces diverses manifestations. Quoi qu'il en soit d'ailleurs et en dehors de toute question doctrinale, elle constitue un fait curieux qui présente la maladie *sous un aspect nouveau*, trop peu remarqué jusqu'à ce jour.

Ces quelques considérations suffiront, je pense, à établir combien le curieux état morbide qui nous occupe a changé de face dans ces dernières années et combien *neuve* est encore cette intéressante question du rhumatisme blennorrhagique. Sans insister davantage sur ces généralités, j'entre actuellement dans les détails de mon sujet et j'aborde la revue des diverses manifestations qui composent la maladie.

(*La suite au prochain numéro.*)

DE L'ÉLÉPHANTIASIS DU NEZ

ET DE SON TRAITEMENT

PAR E. GUIBOUT,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

De toutes les difformités de la face, il n'en est pas de plus hideuses que celles dont le nez est le siége : la scrofule, le cancer, la syphilis le rongent et le dévorent, l'éléphantiasis, au contraire, lui donne un volume quelquefois si monstrueux que les malades honteux et rougissant d'eux-mêmes osent à peine se montrer en public. Qui de nous n'a pas rencontré sur son chemin, ou dans sa clientèle un ou plusieurs de ces malheureux dont le nez hypertrophié fixe l'attention, attire les regards de la curiosité et de l'indiscrétion ? A cet aspect, si dans un premier mouvement d'irréflexion, un rire involontaire provoqué par le *ridicule*, n'a pas effleuré nos lèvres, avons-nous pu du moins nous défendre d'un sentiment d'étonnement, de pitié et de commisération à la vue d'une infirmité, qui est une véritable infortune, un chagrin de tous les instants et trop souvent une cause de désespoir et de suicide pour ceux qui en sont atteints ! Un de nos honorables confrères, le docteur Trèves, nous a communiqué l'observation d'un de ses clients, qui, n'ayant pu être guéri de la lésion qui nous occupe, et qui ne se sentant pas la force d'âme nécessaire pour accepter avec résignation une si grande difformité, avait mis fin à son existence en se jetant par une fenêtre.

L'éléphantiasis constitue donc une lésion importante à étudier et à bien connaître ; non pas que par elle-même elle puisse troubler la santé et mettre la vie en danger, mais parce qu'elle est

grave dans ses conséquences possibles pour le moral de ceux qui en sont affectés, parce qu'elle est essentiellement tenace, indéfiniment progressive et toujours réfractaire à la thérapeutique.

Nous ne voulons pas faire une monographie complète de l'éléphantiasis du nez, nous ne voulons le considérer qu'au point de vue du traitement. Cependant, comme le traitement dont nous avons à parler découle de considérations anatomo-pathologiques, disons en quelques mots comment est constitué l'éléphantiasis nasal.

Tout le nez est généralement hypertrophié, mais l'hypertrophie porte ordinairement sur le bout du nez, sur son lobule et sur ses deux ailes. L'hypertrophie varie dans ses développements; elle acquiert quelquefois un volume énorme; les ailes du nez ont alors une épaisseur considérable, et le lobule s'arrondit, s'élève et forme une tumeur mobile sur les cartilages. La consistance du nez ainsi hypertrophié est molle. Les contours n'ont plus la régularité et l'aspect lisse et poli de la peau naturelle, ils sont inégaux, bosselés, mamelonnés, anfractueux, mais la consistance est partout la même; on ne trouve nulle part de ces indurations, caractéristiques du cancroïde. Il n'y a jamais non plus d'ulcérations, ni même de tendances à l'ulcération, jamais de douleur, quelle qu'en soit la nature, ni cuissons, ni élancements, ni sensations brûlantes ou pulsatives. Teinte d'un rouge plus ou moins foncé, vineux. Tel est l'aspect le plus habituel de l'éléphantiasis nasal et tels sont ses caractères distinctifs.

Quels sont maintenant ses éléments constitutifs? — La peau tout entière et le tissu cellulaire sous-cutané. Hypertrophie du corps papillaire et de la peau, hypertrophie inégale, irrégulière, affectant tel groupe de papilles à un degré beaucoup plus considérable que tel autre groupe, de là, les bosselures, les mamelons, les dépressions interstitielles. Altération, épaississement du réseau lymphatique, imperméabilité, oblitération des capillaires. Épaississement, infiltration du tissu cellulaire

sous-cutané dont les mailles retiennent dans leurs alvéoles un liquide séro-sanguin, il y a là une tuméfaction œdémateuse, une sorte de fongus sans mauvais caractère, une tumeur que l'on pourrait appeler *fongoïde bénigne*. Mais ce qui domine dans la constitution de l'éléphantiasis du nez ce sont les développements excessifs de toute la partie vasculaire sanguine : varicosités veineuses, varicosités artérielles, profondes, intermédiaires, et tout à fait sous-épidermiques, formant ces arborisations si prononcées et ces taches couperosiques qui donnent à l'ensemble la teinte rouge vineuse dont nous avons parlé.

Que faut-il penser de la lésion dont nous venons d'esquisser les principaux traits, au point de vue de sa nature, comme entité morbide? — Est-ce une manifestation herpétique ou dartreuse? — Non certes ; nous n'y trouvons, en effet, aucun des caractères assignés avec tant de justesse, par MM. Bazin et Hardy, à l'herpétisme. Est-ce de l'arthritis ? — Peut-être le vice arthritique en favorise-t-il le développement, car l'éléphantiasis nasal coïncide souvent avec l'acné rosacée, que nous regardons, avec M. Bazin, comme étant le plus ordinairement un symptôme d'arthritis. Mais, dans cette lésion si importante, si grave, il y a assurément autre chose que l'arthritis. Y a-t-il une véritable inflammation, une phlegmasie? — Nous ne le pensons pas ; car toute inflammation se caractérise par une douleur plus ou moins accentuée, et par une évolution de symptômes, qui mènent la partie enflammée soit à une suppuration, soit à une induration, soit à une résolution; or, dans l'éléphantiasis nasal, nous n'avons ni douleur, ni résolution spontanée, ni suppuration, ni induration, donc, nous ne pouvons pas y voir une phlegmasie. Nous aimons mieux dire qu'il y a là, sous l'influence d'une cause première qui nous échappe, une altération spéciale, en vertu de laquelle se produisent les lésions anatomopathologiques que nous avons indiquées. C'est donc un état pathologique, essentiel, indépendant des principes herpétique, arthritique et phlegmasique : c'est une lésion à part, c'est une

sorte de dégénérescence, d'altération particulière au nez, et résultant peut-être de sa structure, des fonctions qu'il remplit, et des causes d'excitations auxquelles nous le soumettons.

De ces considérations découle, au point de vue de la thérapeutique, cette conséquence qu'un traitement général, diathésique, tel que l'administration des alcalins, ou de l'arsenic à l'intérieur, est absolument inefficace. C'est donc à un traitement local, qu'il faut avoir recours. Or, quel sera ce traitement ? — Avouons-le, nous avons trouvé à cet endroit la thérapeutique bien pauvre. Les lotions répétées d'eau alcaline à une haute température ne réussissent que très-rarement, et dans les cas où l'éléphantiasis est encore à son début, et à peine accentué ; le plus ordinairement, elles sont sans effet. — Les frictions avec l'onguent napolitain sont également impuissantes, elles sont inutiles quand elles n'ont pas l'inconvénient de déterminer une véritable inflammation, un érythème, une éruption hydrargyrique, sur les parties frictionnées ; elles doivent donc être proscrites. Les pommades astringentes, à l'acétate de plomb, à l'extrait de ratanhia, les pommades modificatrices, par différents agents, capables de déterminer une inflammation substitutive, ou révulsive, tels que le nitrate d'argent, le garou, les cantharides, n'exercent pas non plus une action curative satisfaisante, et le plus souvent, elles ne font qu'aggraver, et que compliquer la maladie qu'elles voulaient guérir.

Lisfranc, en pareil cas, appliquait des sangsues sur le nez lui-même, ou dans les sillons naso-labiaux. — Mais une application de sangsues sur le nez est difficile, très-gênante, les malades n'y consentent qu'avec peine, et l'on ne peut en espérer de résultat qu'à la condition de très-nombreuses applications, ce qui est le plus souvent impraticable.

Telles sont les réflexions que nous nous sommes faites, lorsque, dans le mois de juin dernier, nous avons eu à traiter un malade affecté d'un éléphantiasis du nez. Ce malade, couché au n° 1er de la salle Saint-Charles, était un homme bien portant, de

quarante-cinq ans environ; son éléphantiasis remontait à plusieurs années; il avait été traité sans aucun bénéfice, pendant plusieurs mois, par les alcalins *intùs* et *extra*. Sa difformité avait un volume considérable; l'hypertrophie nasale était énorme, bosselée, et d'une teinte vineuse prononcée, aussi ce malheureux avait tellement le sentiment de sa laideur, qu'il ne voulait plus reparaître dans le monde. Or, après trois mois environ d'un traitement continu, auquel il se soumit courageusement, j'eus le bonheur de le voir quitter l'hôpital, presque complétement guéri. Son nez avait progressivement diminué, et son volume était devenu presque normal, régulier, sans mamelons, et presque sans coloration rougeâtre plus accentuée que celle du reste de la figure. Voici par quels moyens j'ai pu obtenir ce beau résultat :

Tous les deux, trois ou quatre jours, je lui faisais sur le nez de 6 à 10 mouchetures profondes, avec une lancette à grain d'orge; je laissais saigner pendant cinq à dix minutes environ, puis j'appliquais sur le nez un plumasseau de charpie fine, imbibé d'une liqueur résolutive, tantôt c'était de l'eau végéto-minérale, tantôt une solution concentrée d'hydrochlorate d'ammoniaque. Cet appareil exerçait une compression méthodique, au moyen de bandes qui s'enroulaient autour de la tête, et le malade avait soin de le maintenir constamment humide, en l'arrosant suivant ma prescription, de deux en deux heures. — J'administrais de temps en temps une purgation saline, des boissons délayantes et diurétiques, pour me mettre en garde contre la possibilité d'un érysipèle. Le malade n'en eut aucune atteinte, et, je le répète, il quitta mon service et l'hôpital, à peu près complétement guéri.

Cette guérison, j'y comptais, je l'avoue, j'y ai eu foi, presque dès les premiers jours de ce long et pénible traitement, que je poursuivis avec persévérance, soutenu d'un côté par la courageuse résignation du malade, et de l'autre, par la confiance que m'inspirait cette médication.

En effet, par les mouchetures si nombreuses et si répétées, et par le sang qui s'en écoulait, j'amenais un dégorgement, une déplétion considérable, de tous les vaisseaux variqueux ; je modifiais puissamment la vitalité des parties malades ; je ranimais la circulation dans le réseau lymphatique, et l'absorption dans le tissu cellulaire.

En mettant les mouchetures fraîchement faites, au contact permanent de topiques astringents et résolutifs, je faisais pénétrer, par les mouchetures elles-mêmes, les solutions astringentes et résolutives, jusque dans les parties profondes, jusque dans les mailles du tissu cellulaire, et par conséquent, leur action modificatrice devenait puissante et assurée.

Mais voici la considération qui me paraissait être la plus importante, et celle sur laquelle je fondais mon plus grand espoir : par la multiplicité des mouchetures, je donnais lieu à une infinité de petites cicatrices. Or, à la longue, je créais un véritable réseau cicatriciel, peu sanguin, peu vasculaire, et plutôt fibreux de sa nature ; or, ce tissu de formation nouvelle et artificielle, se substituait petit à petit à toutes les varicosités capillaires, veineuses et artérielles, dont il prenait ainsi la place, en les détruisant progressivement. Or, n'était-ce pas là détruire le mal lui-même ?

Telle est la théorie sur laquelle repose la médication que j'ai employée avec succès. Cette théorie est-elle juste ? le traitement qui en découle est-il justement appliqué à la nature du mal ? — Je puis bien dire : oui, pour ce qui regarde le cas que j'ai traité dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, et que je viens de rapporter succinctement ; mais, comme ce cas est unique, je dois me borner à appeler sur ce sujet l'attention de mes confrères, dans le but de les engager à employer à leur tour, quand ils en auront l'occasion, la méthode de traitement dont j'ai retiré un si bon résultat. Puissent le temps et l'expérience consacrer la valeur de cette médication !

REVUE DES JOURNAUX

Des stries et des macules atrophiques ou fausses cicatrices de la peau, par Erasmus Wilson. (Extrait du *Journal of cutaneous medicine and diseases of the Skin*, numéro de juillet 1867.)

L'auteur divise les pseudo-cicatrices de la peau en trois classes, ce sont : 1° les stries atrophiques traumatiques (*striæ atrophicæ traumaticæ*) ; 2° les stries atrophiques dues à une lésion nerveuse (*striæ atrophicæ neuroticæ*) ; 3e les stries atrophiques idiopathiques, (*striæ atrophicæ idiopathicæ*). Quant aux pseudo-cicatrices de forme musculeuse, leur existence nous semble très-incomplétement prouvée, par une seule observation, où, d'après l'auteur lui-même, les prétendues macules atrophiques de la peau pourraient fort bien n'avoir été que des cicatrices d'une éruption syphylitique passée inaperçue.

Dans la première classe, on trouverait ces vergetures qui succèdent à une distension exagérée des téguments, accompagnée de déchirures partielles du derme et qu'on rencontre dans la grossesse, l'ascite, l'obésité. M. Wilson étudie avec soin la formation de ces pseudo-cicatrices, sur lesquelles Joseph Franck et Rayer s'étaient déjà assez longuement étendus : il les explique par la perte d'élasticité de la peau qui, soumise, dans les états précédemment nommés, à une distension exagérée, ne peut plus revenir sur elle-même lorsque la cause qui l'a produite a disparu. Il semble pourtant que dans les cas d'obésité, il y ait autre chose qu'une action mécanique : l'état fonctionnel de la peau doit aussi entrer en ligne de compte, et l'auteur cite des cas où la peau, atteinte dans sa nutrition par une maladie générale grave, a présenté des stries

atrophiques coïncidant avec le retour d'un tissu adipeux sous-cutané abondant.

Nous rencontrons dans la deuxième classe des stries cutanées situées exactement sur le cours d'un nerf périphérique et produites par une atrophie du derme due à la paralysie de ce nerf. Nous ne croyons pas qu'on ait signalé la lésion dont il s'agit parmi les altérations de nutrition de la peau résultant de lésions nerveuses : aussi rapportons-nous ici les deux observations du mémoire de M. Wilson :

Obs. I. — Un jeune homme de dix-sept ans, qui faisait des exercices violents, aperçut au milieu de la rougeur de la peau de sa face une ligne blanche suivant exactement le trajet du nerf sus-orbitaire de l'extrémité interne du sourcil au sommet de la tête ; quelques années après, sa peau fut frappée d'anesthésie et d'atrophie linéaire au niveau de cette ligne, ainsi que sur la partie de la racine et de l'aile du nez, correspondant au trajet du nerf nasal du même côté.

Obs. II. — Un autre jeune homme de dix-sept ans, d'un tempérament nerveux et d'une constitution faible, était sujet à des attaques fréquentes de catarrhe, et quelquefois à des accès d'asthme et d'éternuments prolongés. Le lendemain d'un de ces accès d'éternuments plus fort que de coutume, il aperçut une raie blanche qui lui traversait le front ; sur le trajet du nerf sus-orbitaire, peu à peu cette raie devint insensible et s'amincit, et douze ans après elle ressemblait assez exactement à la cicatrice d'un coup de sabre (*sword-wound*).

Les stries idiopathiques ont une origine plus obscure que celles des deux classes précédentes : elles sont, du reste, identiques comme aspect avec les pseudo-cicatrices traumatiques ; on les rencontre sur tous les points du corps, ayant le plus souvent une direction transversale ; on en voit sur l'abdomen de femmes non fécondées, ressemblant tout à fait aux vergetures de la grossesse. Elles se produisent lentement, sans cause apparente, mais sont le plus souvent associées avec d'autres causes d'une faible vitalité de la peau. L'auteur cite cinq observations dont les sujets sont toutes des jeunes femmes de quinze à trente ans : l'une a un tempérament hystérique, la seconde, chez laquelle les stries atrophiques sont limitées aux membres inférieurs, souffre d'une maladie articulaire du genou ;

la troisième, en convalescence d'une varioloïde, eut une aménorrhée de cinq mois, suivie d'une diarrhée chronique, pendant laquelle débutèrent les lignes atrophiques ; la quatrième avait une maladie cutanée que l'auteur qualifie de morphée blanche et noire (*morphœ double, alba, and nigra*). La cinquième seule, chez laquelle les stries étaient surtout localisées le long des fibres internes du deltoïde du côté droit, n'avait ni maladie cutanée concomitante, ni état constitutionnel mauvais.

Quelques mots sur le diagnostic, le pronostic et le traitement terminent le mémoire de M. Wilson. Le diagnostic est facile après la description détaillée que l'auteur a donnée des différentes classes de pseudo-cicatrices cutanées. Le pronostic est réservé, vu la difficulté de faire disparaître la lésion locale, après la soustraction de l'agent mécanique ou la réparation de l'état constitutionnel. Quant au traitement, il sera différent, suivant qu'il s'adressera à chacune des trois classes d'atrophies ; à celles de la première classe conviennent les moyens locaux : émollients et supports ; dans les lésions nerveuses, on emploiera les toniques et les stimulants ; enfin les pseudo-cicatrices demandent des stimulants locaux, et un traitement constitutionnel général. M. Wilson conseille d'y joindre l'arsenic, mais sans paraître avoir expérimenté l'efficacité de ce médicament.

H. Coutagne.

Des sédatifs dans le traitement de l'eczéma, par Marris Wilson. (*Journal of cutaneous medicine and diseases of the Skin*, by Erasmus Wilson, n° d'avril 1868.)

M. Erasmus Wilson montre, dans son *Traité des maladies de la peau*, qu'un nombre très-considérable d'eczémas doivent leur origine à un trouble du système nerveux, qui est exprimé par le terme générique de *débilité nerveuse*. Mais il y a un symptôme, dans cette condition générale, qui offre de tels obstacles au traitement, c'est-à-dire l'irritabilité nerveuse

coexistante, qu'il constitue souvent l'élément capital, contre-indiquant même la médication spécifique.

Dans la plupart des maladies, et pour un médecin judicieux, quand le symptôme prédominant est combattu, il en résulte un certain soulagement et l'on a fait un pas vers la guérison, presque sans aucun auxiliaire. Il n'en est pas ainsi quand, dans l'eczéma, ce symptôme réprimé est l'irritabilité nerveuse. Il paraît y avoir, dans ce cas, une tendance continuelle à la récidive, par la réapparition de cette irritation ; en sorte que si l'on interrompt le traitement, même après un court intervalle de temps, l'état primitif reparaît de nouveau comme dégagé de l'entrave que le traitement avait précédemment mise sur lui.

A part les résultats d'une simple irritation produite par l'excitation de la surface cutanée et de l'épuisement que détermine l'insomnie, il existe un état particulier d'irritation du système nerveux, qui semble, dans beaucoup de cas, être la cause première de la maladie.

Lorsqu'on observe cette disposition, je crois que le malade devrait être immédiatement soumis à l'usage des préparations sédatives, abstraction faite des autres symptômes plus spécialement propres à l'eczéma, en en proportionnant la quantité à l'intensité de l'attaque et en en modifiant les agents selon les circonstances. De petites doses répétées agissent mieux qu'une seule dose élevée et permettent d'administrer une plus grande quantité de sédatifs dans un temps donné. Pendant qu'on administre les sédatifs, il faut surveiller les intestins avec la plus grande attention, prescrire des purgatifs doux toutes les fois que cela est nécessaire, en donnant la préférence aux purgatifs salins.

J'ai été vivement frappé des bons effets de cette méthode chez une malade souffrant d'une atteinte grave d'eczéma aigu, qui revenait à la fin de l'été de chaque année; il serait peut-être plus exact de dire une forte exaspération d'un état eczé-

mateux normal ; car son corps et ses membres ne sont jamais complétement débarrassés de cette éruption. Elle a été, dans les premières années, combattue par la salsepareille et les altérants dans le but de modifier l'état dyscrasique supposé du sang ; on a employé les toniques pour augmenter la force nerveuse, et l'arsenic en raison de son influence spécifique bien connue. Ces méthodes de traitement déterminèrent un très-léger soulagement, et encore après plusieurs semaines.

Au mois d'octobre dernier, je la trouvai souffrant d'une atteinte extrêmement forte, qui lui était survenue dans un pays où elle s'était rendue pour sa santé, dans l'espérance que le changement d'air préviendrait la poussée qui lui survenait ordinairement tous les automnes. Dans cette circonstance, le trouble nerveux me parut être incontestablement le symptôme le plus important et le plus pénible. Dans la pensée d'atténuer cet état d'excitation bien plus que de combattre directement l'affection eczémateuse, je prescrivis huit parties de la solution calmante de Battley, vingt parties de sirop de pavots blancs, mêlées à de l'esprit d'éther nitrique, et du carbonate de soude, toutes les six heures.

Le jour suivant, l'excitation nerveuse avait beaucoup diminué, mais ce qu'il y eut de plus encourageant encore, l'éruption elle-même éprouva un amélioration évidente. Le résultat fut si satisfaisant, que la médication fut continuée pendant une semaine, la dose des sédatifs ayant été augmentée d'un tiers. Durant tout ce temps, on entretint la liberté du ventre.

En quatorze jours, la maladie fut plus améliorée qu'elle ne l'avait été depuis plusieurs mois. La sécrétion séreuse s'arrêta ; sur les dernières parties guéries de larges écailles sèches se détachèrent spontanément, tandis que d'autres portions de la peau qui avaient été moins sérieusement attaquées reprirent leur aspect normal de santé, et l'état général de la malade s'améliora complétement.

Je présente cette observation simplement comme un encou-

ragement à l'administration des sédatifs dans certaines formes d'eczéma, sachant parfaitement bien qu'on ne peut établir aucun principe solide de traitement sur un seul cas, en considérant même qu'il pourrait être un effet de l'idiosyncrasie, bien plus qu'une base pour une méthode de traitement. En tout cas, il ouvre la voie à des aperçus nouveaux qui demandent avant tout une large vérification clinique.

C'est à la solution d'opium que j'ai eu recours, mais probablement la teinture de jusquiame, en raison de sa moindre tendance à occasionner des fâcheuses conséquences, est à même de rendre encore de plus grands et surtout de plus usuels services. — L'administration des sédatifs dans l'eczéma pour réprimer l'irritabilité spéciale qui accompagne cette maladie, et avec la précaution suggérée par l'auteur, d'entretenir en même temps la liberté intestinale, est digne de l'attention et de l'expérimentation de nos lecteurs. Dans un grand nombre de cas d'eczéma, l'irritabilité est le caractère prédominant et le plus difficile à guérir de la maladie. — Note de M. E. Wilson.

Comme notre savant et distingué confrère, nous pensons que l'eczéma se trouvant le plus souvent lié à un état morbide général tout particulier, c'est contre ce dernier et non contre la lésion locale que la médication doit être dirigée. Ainsi chez un sujet chloro-anémique, les reconstituants et les toniques pourraient avoir une influence analogue à celle de l'opium chez les individus irritables. En un mot, pour instituer contre telle ou telle affection une médication rationnelle, on doit, tout en tenant compte de la lésion locale, étudier avec le plus grand soin quelles sont les conditions idiosyncrasiques, constitutionnelles ou autres, qui peuvent entretenir la maladie ou même qui en ont été la cause première. De cette manière seulement on pourra organiser une thérapeutique vraiment efficace. L'observation rapportée par M. Marris Wilson en est une nouvelle et incontestable preuve.

A un point de vue plus restreint mais plus précis, l'utilité des sédatifs nous paraît incontestable contre l'éréthisme nerveux, né du prurit incessant qui caractérise l'eczéma. Le prurit, en effet, n'amène pas seulement le prurit : il amène aussi la production de nouvelles plaques eczémateuses. Car s'il est vrai que, chez un sujet herpétique, un traumatisme, un simple frottement suffisent à engendrer la poussée eczémateuse, quelle cause plus active peut-on supposer que l'action des ongles portant continuellement sur la peau, et justement sur la partie de la peau qui, contiguë à une plaque eczémateuse, avait par le fait de ce voisinage le plus de propension à devenir à son tour le siége de l'éruption ? Sous ce rapport, il est permis de répéter de la démangeaison ce que Sarcone disait de l'inflammation, qu'elle est *fille et mère* de l'eczéma.

Donc, en atténuant ou en dissipant par des sédatifs cette démangeaison, on fait plus que de la médecine de symptômes, on fait, ainsi que nous le rappelle avec tant de justesse l'auteur anglais, on fait réellement de la médecine curative.

De l'anatomie pathologique de l'érysipèle, par R. Volkmann et F. Steudener (de Halle).

D'après ce que nous savons, on n'a pas jusqu'à présent entrepris des recherches bien exactes sur la peau malade en général dans l'érysipèle. Toutes les opinions exprimées, jusqu'à ce jour, bien qu'ayant parfois la plus grande exactitude par rapport aux phénomènes locaux qui sont le point de départ de la maladie, ne reposent cependant que sur des hypothèses arbitraires. Il est vrai que l'opinion la plus généralement adoptée et la plus souvent exprimée est qu'on ne trouve rien d'essentiel après la mort sur la peau qui auparavant était rouge, tuméfiée et qui maintenant est pâle ; en outre, on a fait toute l'histoire anatomique de l'érysipèle pendant la vie,

quand on a dit que les vaisseaux sont distendus et remplis, et qu'il existe une infiltration œdémateuse légère dans les tissus.

Une épidémie d'érysipèle qui a régné pendant les derniers six mois dans la ville de Halle et dans ses environs, nous a fourni l'occasion d'observer soixante cas environ de cette maladie. Trois fois, dans un érysipèle ambulant qui s'était prolongé pendant des semaines, la mort survint après une longue durée et une fièvre très-forte, il nous fut possible d'examiner au microscope les parties de la peau qui étaient encore le siége du summum, du processus érysipélateux.

Il résulte de nos recherches, qu'on trouve certainement des changements anatomo-pathologiques très-importants dans la peau, ainsi que dans le tissu cellulaire sous-cutané, seulement ils disparaissent très-rapidement. Il se fait une infiltration très-abondante, et très-diffuse de leucocytes (corpuscules sanguins blancs), en sorte que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, examinés en temps opportun, c'est-à-dire au maximum de l'inflammation érysipélateuse, présentent une infiltration exclusivement composée de petites cellules; et malgré la rapidité de la marche avec laquelle le désordre local disparaît de nouveau, l'état microscopique des parties de la peau atteintes d'érysipèle est presque le même que dans les inflammations aiguës progressives plus malignes du tissu conjonctif, comme par exemple dans l'œdème purulent aigu de B. Pirogoff.

Si l'on fait durcir dans l'alcool un morceau de peau affectée d'érysipèle, et qu'on pratique de petites coupes perpendiculaires, on est frappé de la grande dilatation des vaisseaux des couches les plus supérieures de la peau. L'injection naturelle est le phénomène le plus apparent. Les papilles sont remplies complétement d'anses capillaires qui s'élèvent au-dessus d'elles.

Mais une observation plus exacte permet de voir déjà les vaisseaux cutanés accompagnés d'un très-grand nombre de cel-

lules finement granulées, ayant exactement l'aspect des globules blancs du sang ou des corpuscules de pus, qui sont souvent placés d'une manière distincte et en séries sur les côtés du vaisseau, et s'avancent de ce point tantôt isolément, tantôt pressés les uns contre les autres, dans le tissu de la peau. L'infiltration des petites cellules de la peau est toujours peu abondante dans les couches supérieures de cet organe.

Mais plus on examine les parties profondes, plus cette infiltration augmente. Déjà, dans les parties inférieures de la peau dont la cohésion est diminuée, on aperçoit des couches compactes plus ou moins larges, représentant des traînées de globules blancs qui recouvrent les vaisseaux ; et souvent on trouve sur tout le champ du microscope de grands espaces où l'on ne voit que des éléments granulés pressés les uns contre les autres.

Ils forment quelquefois aussi des groupes en forme d'œufs ou en forme de fuseaux pouvant faire croire à une prolifération des corpuscules du tissu conjonctif. Cependant on reconnaît distinctement, çà et là, dans le centre, la coupe transversale d'un vaisseau ; les corpuscules du tissu conjonctif ne présentent pas de changements essentiels, et notamment aucune division du noyau : tout au plus existe-t-il un certain degré d'obscurcissement tenant au défaut de réfringence des fines granulations.

Mais bien qu'on considérât jusqu'à présent l'érysipèle comme une inflammation localisée entièrement sur la surface cutanée, les plus grandes altérations occasionnées par cette affection se trouvent néanmoins dans le tissu cellulaire sous-cutané et graisseux. Les vaisseaux y sont partout complétement recouverts de jeunes cellules, et au lieu des septa du tissu conjonctif passant entre les groupes isolés des cellules graisseuses, on ne voit qu'une espèce de réseau large, composé de cellules granuleuses, qui isole partout les amas de cellules graisseuses.

Mais aussitôt que la peau redevient pâle vers le deuxième ou le troisième jour, la disparition des éléments extravasés commence, notamment dans le tissu cellulaire sous-cutané; on n'observe pas autre chose que des quantités considérables de cellules, se transformant rapidement en granulations très-fines; quelques heures plus tard, on ne trouve plus qu'un détritus finement granuleux.

Dans les couches les plus supérieures de la peau, on rencontre aussi des vaisseaux lymphatiques qui sont remplis de cellules granuleuses de même nature pressées les unes contre les autres, ou commençant à s'amonceler dans le voisinage de ces vaisseaux. Il se peut donc que peut-être une petite partie des éléments extravasés soit reprise de nouveau par les vaisseaux lymphatiques, mais la plupart meurent, et ce qu'il y a de plus frappant, c'est la rapidité du processus. Vers le troisième et le quatrième jour, on ne peut déjà plus distinguer, dans les parties précédemment malades, aucune trace rappelant le processus qui avait eu lieu si peu de temps auparavant. La principale différence entre ce processus et l'ulcération consiste en ce qu'il ne s'agit probablement ici que d'une production rapide de jeunes cellules.

Comme différence anatomique avec l'ulcération commençante et diffuse du tissu conjonctif, nous ne pouvons citer que l'intégrité entière du parenchyme propre des tissus, la persistance des cellules graisseuses, et le ramollissement de la substance intercellulaire.

Nous négligerons d'appeler ici l'attention sur les conséquences auxquelles doivent conduire les faits que nous venons de signaler; car elles se déduisent en quelque sorte d'elles-mêmes. L'apparition accidentelle d'abcès froids dans le tissu cellulaire sous-cutané après la terminaison de l'érysipèle, le passage de l'érysipèle à des inflammations gangréneuses du tissu conjonctif, qui, bien qu'ayant une tendance moindre à produire une infection pyémique, seront sans aucun doute

désormais plus faciles à comprendre. On devrait également rattacher la fièvre pyémique relativement si intense, et les tuméfactions si fréquentes des glandes lymphatiques, à la disparition rapide et en masse des corpuscnles blancs du sang extravasés (*Centralblatt für die medicinischen Vissenschaften*, 1868, nº 36, p. 561.)

Contributions à l'étude du lichen exsudativus ruber, par J. Neumann.

Le *lichen exsudativus ruber* (Hébra), maladie qui peut conduire au dépérissement et à la mort, n'a été jusqu'à ce jonr que très-peu étudié sous le rapport de son anatomie pathologique. Hébra trouva l'enveloppe de la racine qui, sous forme d'un tube cylindrique, entoure à l'état normal la portion de poil enfoncée dans la peau; c'était une espèce d'entonnoir terminé en pointe, élargi cependant à son orifice et présentant l'aspect de plusieurs cornets enfoncés les uns dans les autres, au centre desquels se trouvait le poil. De plus, les papilles et les vaisseaux étaient dilatés. L'affirmation de Hillier, qui croyait avoir constaté la présence de corpuscules semblables à des spores, est complétement inexacte.

Neumann faisait durcir la peau avec du chromate de potasse; il traitait ensuite les coupes fines avec la solution ammoniacale de carmin et avec l'acide acétique. On examinait également une portion de peau saine et correspondante à la première du même individu après l'avoir soumise au même mode de préparation.

Les cellules épidermiques sont amoncelées les unes contre les autres en nombre plus considérable, elles contiennent de la graisse; celles du réseau de Malpighi se présentent en quantité variable, elles envoient profondément dans le chorion des prolongements en forme de cônes, même dans les préparations où les papilles ont le même volume; on voit aussi des cellules ayant une teinte pigmentée foncée.

On trouve de nombreuses fibres élastiques dans le chorion et dans quelques-unes de ses papilles isolées, dont la plupart sont hypertrophiées. On observe aussi en grand nombre des proliférations cellulaires sur le trajet des vaisseaux, soit dans d'autres papilles, soit dans la partie supérieure du chorion. Les veines et les artères de la partie inférieure de cet organe sont très-dilatées et oblitérées. Quant aux glandes sudoripares et au pannicule adipeux, ils ne paraissent pas altérés.

Au fond des follicules pileux, on trouve en grande quantité les cellules des gaînes de la racine et l'on aperçoit des prolongements réguliers en forme de cônes, tapissant le follicule pileux, en sorte qu'il présente avec la graine de la racine, l'aspect d'une glande acineuse et surtout d'une glande sébacée. Le poil lui-même, au niveau du bulbe, se divise comme un pinceau, et tout l'ensemble acquiert ainsi une ressemblance d'autant plus grande avec les glandes sébacées.

Il en diffère : (*a*) par une tuméfaction conique principalement à la base du follicule pileux ; (*b*) on trouve en même temps dans une même préparation des glandes sébacées normales ayant un aspect piriforme, et à la partie inférieure des éléments coniques ; (*c*) on voit, à partir de ces cônes, les prolongements de tissu conjonctif du follicule pileux qui ont été signalés par Wertheim, et dans lesquels le poil prend naissance ; (*d*) dans le voisinage le plus rapproché de ces prolongements coniques, on observe des glandes sudoripares et les alvéoles graisseuses, ce qui est une nouvelle preuve que nous avons affaire à la partie la plus inférieure du follicule pileux; (*e*), le poil est enfoncé au centre de ces éléments avec son bulbe altéré par la maladie; (*f*), on peut isoler le poil sous le microscope, après l'avoir traité avec le carbonate de potasse et voir les glandes sébacées ainsi que le follicule pileux altérés par la maladie ; (*g*), la partie supérieure de la gaîne de la racine présente également des proliférations semblables ; (*h*), la peau saine du

même individu n'offre aucune des modifications dont nous venons de parler.

Enfin les fibres musculaires lisses sont dans un état qui n'est pas sans intérêt : leurs faisceaux ont ici une telle largeur, que Neumann ne les a jamais observés au même degré sur les parties saines du même individu, ni sur des cadavres, ni chez d'autres personnes affectées de maladies cutanées.

Mais l'auteur ne se prononce pas sur la question de savoir si cet état se rapporte au lichen. (Gahde, *Centralblatt für die medicinisehen Wissenschaften*, 1868, n. 39 ; extr. *Allg. Wiener med. Ztg.*, 1868, n. 31.)

Du prurit général de la grossesse guéri par la fumée de tabac, par le docteur Léon Gros. (*Bulletin général de thérapeutique*, numéro du 15 décembre 1868, p. 482.)

Le tabac, qui aujourd'hui est accusé de toutes parts d'être sinon la seule cause des diverses affections qui atteignent l'humanité, mais au moins une de celles qui y contribuent le plus, contre lequel enfin vient de se former une société, dont le seul but est de lui faire une guerre à outrance, le tabac a trouvé dans M. le docteur Léon Gros un appui imposant.

L'action sédative de la décoction de cette solanée est du reste depuis longtemps connue, et dans le service de M. le docteur Rodet, à l'hospice de l'Antiquaille, j'ai eu autrefois l'occasion de constater ses propriétés calmantes et sédatives contre certaines affections prurigineuses de la peau.

Dans le cas de M. Léon Gros, il s'agit d'une jeune femme, madame W..., essentiellement nerveuse, devenue enceinte peu de mois après son mariage, qui éprouva dès les premières semaines de la grossesse, outre des troubles digestifs habituels, un prurit insupportable sur toute la surface du corps. La peau était parfaitement saine, mais les démangeaisons étaient telles

qu'elles provoquaient une agitation extrême et de véritables spasmes nerveux.

Pendant plusieurs semaines, on employa successivement une foule de remèdes empiriques, tels que des vapeurs de camphre à l'extérieur, des alcalis à l'intérieur, le mercure soluble de Hahnemann conseillé par M. Stoltz, des bains narcotiques journaliers, des bains simples, des bains alcalins, des frictions laudanisées, des pommades camphrées, des lotions avec le soluté de borax, à l'intérieur les antispasmodiques les plus variés : tout fut inutile. Au septième mois, les bains avec la décoction de feuilles de noyer amenèrent momentanément un peu de soulagement.

Vers cette époque, il survint un pyrosis des plus intenses qui résista aussi aux traitements les plus divers. L'insomnie persistait, les forces déclinaient, quand survint une névralgie dentaire atroce.

Monsieur V..., grand fumeur, conseilla à sa femme d'essayer de la fumée de tabac, et « ce moyen si simple fit cesser sur l'heure et la névralgie et le pyrosis et ce prurit général qui durait depuis cinq mois ».

Madame W... fuma tous les soirs un cigare; le sommeil revint, etc., et la grossesse serait sans doute parvenue à terme, sans une vive frayeur, éprouvée à huit mois et demi, qui amena l'accouchement quelques jours après.

Madame W... redevint enceinte quatorze mois après ; à partir du quatrième mois, les démangeaisons reparurent, mais moins intenses et moins générales cependant que la première fois. Il n'existait pas trace d'une éruption quelconque.

La malade, ayant une extrême répugnance pour la fumée de tabac, ne voulut pas y avoir recours. On essaya d'autres remèdes, mais sans plus de succès que l'année précédente. Vers le cinquième mois, le pyrosis reparut très-intense ; madame W... se décida alors à reprendre le cigare, qui calma de nouveau immédiatement et le pyrosis et le prurit. Sans cause appré-

ciable, l'accouchement eut lieu à sept mois et demi, sans que cependant le prurit ait reparu. L'enfant vécut.

Comme le fait remarquer M. le docteur Léon Gros, l'observation qui précède présente un double intérêt, sa rareté d'abord, et en second lieu par l'emploi heureux d'une médication sur la voie de laquelle le hasard seul pouvait mettre.

Le tabac, dans bien des circonstances, a une action réellement sédative, surtout en applications topiques, comme nous l'avons rappelé au début et peut-être ici eût-il été possible, vu la répugnance de cette dame à devenir une fumeuse, même d'occasion, d'employer des bains avec la décoction de feuilles de tabac. Comme l'auteur de ce travail, nous pensons que ce prurit est sous la dépendance du système nerveux, et qu'il faut le placer à côté de toutes les autres aberrations si fréquentes dans l'état de grossesse. Dans une discussion qui a eu lieu sur cette question à la Société de médecine de Strasbourg, discussion rappelée par le docteur Gros, M. le docteur Aronssohn, en présence d'un fait où la malade avait éprouvé plusieurs avortements par suite de ces vives démangeaisons, avait posé la question de savoir si l'on ne devait pas provoquer l'accouchement dans les cas de ce genre.

Nous croyons, quant à nous, qu'on peut trouver soit dans la classe des solanées, soit dans le reste de la matière médicale, des agents capables d'agir favorablement sur ce symptôme qui n'est évidemment qu'une des innombrables modifications de l'innervation, que la grossesse entraîne si souvent après elle et cela sans avoir recours à l'accouchement prématuré.

Le tabac a rendu ici un service signalé, nul ne le conteste; et si la névrose qui en a nécessité l'emploi devait avoir de nombreux exemples, un paquet de *londrès* ferait désormais partie obligée de la corbeille de noces ! Mais le bienfait a-t-il été sans compensation? La fluxion nerveuse, subitement refoulée de la périphérie, n'a-t-elle pu exercer sur la santé générale

aucune influence fâcheuse ?... Il serait téméraire de l'affirmer ; mais remarquons cependant que, chaque fois, le cours normal de la grossesse a été interrompu, et, dans le second cas sans aucune cause capable de l'expliquer.

Des sécrétions qui sont, de celles qui ne sont pas agent de communication de la syphilis.

Dans un long article savamment développé et plein de considérations judicieuses, M. Henri Lee appuie de son autorité et de sa solide argumentation cette conclusion : que les sécrétions morbides *communes* d'un sujet syphilitique ne sont pas contagieuses ; que, par exemple, la lymphe vaccinale existant chez un syphilitique, si on l'inocule à un sujet sain, ne transmettra à celui-ci que la vaccine ; qu'une chancrelle développée chez un syphilitique ne transmettra à un homme sain que la chancrelle; que, par conséquent, deux virus peuvent coexister, isolés et indépendants l'un de l'autre, chez un même individu.

Amené par le développement de cette thèse à traiter la question d'identité ou de non-identité des deux espèces de chancre, M. Lee se déclare franchement dualiste. Nous ne rappellerions cependant pas cette circonstance bien connue, cette adhésion dont s'honore la doctrine qui a toutes nos sympathies, si, à l'occasion de son renouvellement de profession de foi, le spécialiste anglais n'apportait pas dans le débat un élément offrant un caractère incontestable d'originalité. Cet élément le voici :

Les exemples n'abondent pas, mais on en constate néanmoins, de cas où, à la suite d'un chancre offrant l'aspect du chancre mou (chancre simple, chancrelle), on voit, au terme ordinaire, apparaître les lésions générales de la syphilis (roséole, plaques muqueuses, etc.). Ces cas, depuis les recherches de M. Rollet, on a de la tendance, on se croit justifié à les appliquer par la coïncidence au point ulcéré des deux

éléments, syphilitique et chancrelleux, et l'existence du *chancre mixte* se présente avec tous les caractères de la vraisemblance comme avec toutes les preuves analogiques et expérimentales dont MM. Rollet, Viennois, Basset, Nodet, l'ont entourée.

M. Henri Lee, pour rendre compte de ces cas, met en avant une hypothèse différente, mais il convient de lui laisser ici la parole pour savoir comment il l'énonce et sur quelles preuves cliniques il l'étaye :

Obs. I. — Un gentleman se présenta à moi, dit M. Lee, avec plusieurs ulcères mous bien caractérisés. Après un temps assez court, une des glandes sous-maxillaires devint très-engorgée. Des symptômes secondaires apparurent. Après un examen attentif, je trouvai sur la couronne du gland une tache brune. Elle persista avec desquamation, mais sans s'accompagner d'ulcération, d'induration, ni de douleur, longtemps après que toutes traces, soit des ulcères mous, soit de l'éruption générale, avaient disparu. Ce fut, dans mon opinion, par cette place que le virus pénétra dans la constitution du patient, selon le mode que Hunter appelle l'absorption physiologique. Il n'y avait pas d'engorgement des glandes inguinales.

Obs. II. — M. Forbes (de Devonport-Street) m'envoya un malade atteint d'éruption syphilitique. On fit toutes les recherches possibles pour déterminer la manière par laquelle le virus s'était introduit dans l'organisme ; mais il fut impossible de la trouver. Il n'y avait eu ni ulcère ni lésion des glandes inguinales. Dans ce cas encore, je pense que l'absorption physiologique avait eu lieu, et si quelque chancre mou avait existé auparavant, ce serait certainement à lui qu'on eût attribué la survenance des accidents syphilitiques. (*The British medical Journal*, 28 novembre 1865.)

Lorsqu'un homme tel que Henri Lee dit avoir exploré entièrement les *portes d'entrée* de la syphilis, il est juste de prendre en sérieuse considération sa déclaration de recherche vaine. Toutefois, avant d'admettre comme prouvé un fait aussi contraire à ce que nous connaissons en matière de pathogénie spéciale, avant de renverser cette grande loi de Ricord, dont se réclament comme d'un vrai créateur la plupart des découvertes ultérieures : *toute syphilis commence par un chancre,* nous attendrons un plus grand nombre d'observations, des observations plus détaillées ; des observations surtout où

l'évolution entière de la maladie se soit accomplie sous les yeux du même médecin ; des observations, enfin, où l'on ne puisse pas, comme dans la première ci-dessus, trouver dans l'époque hâtive d'apparition de l'adénopathie sous-maxillaire, une raison plausible pour expliquer la syphilis par l'existence d'un chancre amygdalien méconnu.

Deux endémo-épidémies de syphilis.

En octobre 1867, le bruit s'étant répandu que la syphilis régnait comme épidémiquement dans la commune de Capistrello, des Abruzzes, un rapport détaillé fut fait par le conseil sanitaire afin de mettre la représentation communale et la congrégation de charité à même de prendre les mesures nécessaires contre ce fléau.

De ce rapport il résulte que le mal datait de huit ans et avait pour point de départ le mamelon d'une femme de cette localité, nourrice d'un enfant étranger, lequel était infecté de syphilis.

La forme initiale fut une pustule ulcérée au sein, pustule qui s'accompagna, peu de temps après, d'éruptions diverses et de plaques à forme ulcéreuse dans la bouche et à la vulve.

Ignorant la nature de son mal et vivant sans précaution avec les siens, elle contamina non-seulement les membres de sa famille par l'usage commun des ustensiles de ménage (y compris sans doute le *vas bibitum*) mais aussi des habitants du pays qui eurent des rapports avec ses parents ; de sorte que, dans l'espace de huit ans, le mal, toujours méconnu et toujours laissé sans traitement, s'étendit à une partie notable de la population, hommes et femmes, enfants et vieillards. Au moment du rapport, sur une population de trois mille âmes, on a pu compter plus de trois cents sujets syphilitiques.

Sur la proposition du docteur Selli, un traitement fut institué, aux frais de la commune, de la province et même du gouvernement, sous la surveillance du professeur Ruggieri, et sous

la direction immédiate du docteur Duranta. Les effets obtenus, sont déjà très-satisfaisants et permettent d'entrevoir la prochaine et radicale extinction de cette véritable épidémie.

Un événement semblable s'est passé dans les villages d'Astragal et de Calibera, province de Bellenne. Là, cinquante individus ont été atteints de syphilis, provenant aussi de l'allaitement. D'après les informations prises par le docteur Cantilona, l'importation dans cette localité du virus syphilitique dériva d'un nourrisson dont la mère était morte à Trieste. Transporté à Astragal, il y infecta sa nourrice; cet enfant, visité trop tard, offrit des signes évidents de syphilis.

De la nourrice l'infection se propagea à ses parents, puis à d'autres personnes en rapport avec eux. Des ravages plus étendus étaient à craindre, si l'autorité prévenue n'avait pris soin de faire traiter tous les sujets malades, les uns à l'hôpital de Belenne, les autres dans leur propre domicile. (*L'imparziale*, 1er septembre 1868.)

Cette intéressante et triste révélation du docteur Demarchi est un nouvel avertissement pour les individus comme pour l'autorité de redoubler de surveillance à l'égard des nourrissons étrangers. On voit, en effet, que, quoique involontaires dans ce cas, les torts entre enfants et nourrices sont au moins réciproques, et qu'une *société protectrice des nourrices* aurait tout autant de raisons d'être que la société protectrice de l'enfance.

Au point de vue scientifique, il est digne de remarque que ces endémo-épidémies reconnaissent le plus souvent pour origine la présence d'un nouveau-né syphilitique. Qu'une femme *gâtée*, qu'une bande de soldats infectés séjourne dans un pays; et tout se borne à quelques contaminations individuelles passagères. A Rive-de-Gier même, où entre verriers la source s'entretient par de nouvelles infections, la syphilis reste un mal individuel, ou du moins, il ne sort pas de la famille. Mais du moment où il s'agit d'un nourrisson, le mal se propage au loin et s'éternise.

Cette différence tient-elle uniquement à la multiplicité des soins qu'exige le nourrisson ? On ne pourrait, du moins de cette manière, expliquer que la transmission du mal à sa nourrice et aux autres personnes qui l'embrassent ou lui donnent à boire ou à manger avec leur cuiller. Peut-être n'est-ce pas tout, et serait-il juste, en présence de l'extension si rapide que prend la maladie, dans ce cas spécial, de rappeler l'opinion de M. Diday qui, fondé sur de nombreux exemples, attribue à la syphilis congénitale une intensité et une force de propagation toutes particulières

---

Nouveau mode d'administration du sublimé à l'intérieur. (*Gazetta medica di Torino,* 14 décembre 1868.)

Voici la formule recommandée par le docteur Cantani.

Sublimé....................	1 gramme.
Eau distillée..................	15 —
Alcool rectifié................	5 —

M. s. a.

On commence à en prendre 2 gouttes ; le troisième jour 3 gouttes ; le cinquième jour 6 gouttes, et ainsi de suite pendant 20 jours, en s'abstenant d'en prendre les jours intermédiaires. Arrivé à la dose de 20 gouttes, on redescend selon la même gradation, jusqu'à ce qu'on soit revenu à 2 gouttes. Alors la cure mercurielle est finie et l'on prescrit l'iodure de potassium.

Ce mode d'administration est très-simple et on ne peut plus commode. Mais quant à ce terme de quarante jours, fixé au traitement mercuriel, nous croyons que, comme toute limitation marquée d'avance, elle est sujette, dans la pratique, à de nombreuses exceptions ; et nous connaissons trop la consciencieuse expérience du professeur Cantani pour croire qu'il prenne toujours lui-même au pied de la lettre sa propre formule.

Paris. — Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DU RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

PAR ALFRED FOURNIER,

Médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de Paris.

(Suite.)

III

DES LOCALISATIONS ARTICULAIRES DU RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE.

Quatre formes d'accidents articulaires blennorrhagiques : 1° hydarthrose; — 2° forme de rhumatisme aigu ou d'arthrite ; — 3° douleurs simples (*arthralgie*) ; — 4° forme noueuse ou pseudo-goutteuse.

Les accidents articulaires que détermine la blennorrhagie n'affectent pas un type unique. Loin de là. Ils se présentent au contraire sous des aspects très-divers, sous des formes très-variées.

Dans un précédent travail, j'ai essayé de caractériser et de

grouper ces variétés de formes, en les rangeant sous trois chefs, comme il suit : tantôt, disais-je, les manifestations articulaires de la blennorrhagie consistent en la production d'une véritable *hydarthrose*, avec l'ensemble symptomatologique propre à cette affection, à savoir : indolence relative de la jointure, absence de réaction locale ou générale, abondance remarquable de l'épanchement, tendance à la chronicité, etc. ; — tantôt, au contraire, elles se rapprochent de la *fluxion rhumatismale aiguë* ou de l'*arthrite*, c'est-à-dire affectent l'allure d'un rhumatisme aigu vulgaire ou d'une phlegmasie commune des articulations ; — tantôt, enfin, elles ne s'accusent que par de simples *douleurs*, sans épanchement, sans tuméfaction, sans rougeur, sans aucune lésion appréciable des jointures.

De là les *trois formes* suivantes que je proposais d'admettre :

1° Forme d'hydarthrose ;

2° Forme rhumatismale ou arthritique ;

3° Forme de douleurs (*arthralgie simple*).

Cette division me paraît utile à conserver, parce qu'elle traduit d'une façon simple et fidèle les données de la clinique. Elle demande cependant à être complétée par l'addition d'une *quatrième forme* que des observations plus récentes m'ont fait connaître, et dont je parlerai bientôt sous le nom de *forme noueuse* ou *pseudo-goutteuse*.

Je ne compte pas m'arrêter à décrire ici chacune de ces quatre formes. Je ne ferai que compléter ce que j'ai écrit ailleurs (1) sur ce sujet, et signaler les particularités nouvelles qui sont ressorties pour moi de mes dernières recherches.

I. De l'*hydarthrose*, par exemple, je ne dirai qu'un mot. C'est que, considérée jadis comme la forme commune du rhu-

(1) Voyez *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. V. — *Note sur le rhumatisme uréthral* (*Union médicale* des 6 et 8 décembre 1866) ; *Deuxième note sur le rhumatisme uréthral* (*Union médicale* des 17 et 22 janvier 1867).

matisme blennorrhagique, elle est en réalité beaucoup moins fréquente qu'on ne le suppose généralement. Dans ma statistique, elle ne figure que pour un chiffre très-inférieur à celui d'autres manifestations, telles notamment que les arthropathies de forme rhumatismale ou arthritique et les synovites tendineuses.

II. De même, à propos de la seconde forme sur laquelle j'ai longuement insisté dans une publication antérieure, je me bornerai ici à la mention d'une seule particularité digne d'intérêt. C'est la terminaison *par suppuration* d'un cas d'arthrite blennorrhagique.

Bien que j'eusse observé nombre d'arthrites blennorrhagiques suraiguës et des plus violentes, je n'en avais vu aucune jusqu'à ce jour aboutir à la formation d'un abcès articulaire. Ce mode de terminaison, du reste, paraît être des plus rares, et l'on s'accorde généralement à reconnaître qu'il n'en existe pas dans la science un seul exemple bien authentique (1). Le cas en question serait donc, quant à présent et à ma connaissance, un fait unique (2).

Je ne crois pas que le moindre doute puisse planer sur l'observation qu'on va lire. D'une part, la suppuration articulaire y est démontrée par l'autopsie. D'autre part, le caractère blennorrhagique de l'arthrite y est suffisamment attesté par les symptômes concomitants. Le malade ne succomba pas, il est vrai, au fait seul de l'abcès articulaire; il mourut d'une fièvre typhoïde intercurrente. On pourrait objecter à ce propos que cette dernière maladie n'a peut-être pas été sans influence pour déterminer la suppuration de l'arthrite. Mais deux raisons me semblent devoir écarter cette hypothèse. Telles étaient, d'une part, avant l'invasion de la dothiénenterie, la violence

(1) Voyez Rollet, *Traité des maladies vénériennes*, p. 350.
(2) Depuis l'époque où je rédigeai ce mémoire, un fait semblable a été publié dans la *Gazette des hôpitaux*.

des douleurs articulaires et l'intensité toujours ascendante des phénomènes locaux, que nous avions prévu et annoncé dès ce moment la présence du pus dans l'article. Telles étaient, d'autre part, les lésions constatées à l'autopsie qu'elles devaient très-certainement remonter à une époque assez éloignée, c'est-à-dire avoir précédé d'un certain temps le début de l'affection qui causa la mort.

Voici du reste ce fait que je livre, tel que je l'ai recueilli, aux commentaires et à la critique du lecteur :

Obs. XX. — *Blennorrhagie; rhumatisme blennorrhagique. — Arthrite suraiguë du coude; synovite tendineuse sur le dos de la main; synovite du tendon du biceps fémoral.—Fièvre typhoïde intercurrente; mort. — A l'autopsie, suppuration de l'articulation du coude, destruction des cartilages, dénudation des os, etc.* — B..., âgé de trente ans, garçon d'hôtel, entre, le 6 octobre 1867, dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu où j'avais l'honneur de suppléer à cette époque M. le professeur Grisolle.

C'est un homme assez bien constitué, de tempérament un peu lymphatique. — Bonne santé habituelle, aucune maladie antérieure, et notamment *jamais de rhumatisme*. — Ses parents, d'après son dire, ne sont pas rhumatisants.

Le 20 septembre dernier, cet homme, à la suite de rapports suspects, contracta une blennorrhagie. Il essaya aussitôt, sur le conseil d'un pharmacien, de couper cet écoulement à l'aide d'injections et de pilules dont il ignore la nature. — L'écoulement se modéra, mais sans disparaître complétement ; il augmentait immédiatement dès que le traitement était quelque peu suspendu.

Le 3 octobre, sans cause appréciable, sans fatigue ni refroidissement antérieur, le malade ressentit des douleurs assez vives dans le *coude* gauche. Ces douleurs s'accrurent rapidement au point d'empêcher tous les mouvements du membre. Du reste, aucun trouble de la santé générale.—Un bain de vapeur prolongé et des frictions soulagérent momentanément les douleurs, qui reparurent avec intensité dans la nuit du 5 au 6 octobre. — Il se produisit de plus à ce moment d'autres douleurs dans les deux genoux.— Le 6, le malade fut admis à l'Hôtel-Dieu.

État actuel, le 7 : apyrexie ; aucun trouble des grandes fonctions. Appétit conservé.— Blennorrhagie uréthrale ; écoulement purulent, peu intense.—Le malade accuse d'assez vives douleurs dans le coude gauche ; il peut à peine imprimer quelques mouvements à cette articulation. L'avant-bras est tenu fléchi à angle droit sur le bras. On ne constate aucune rougeur des téguments au niveau de la jointure ; tout au plus une légère tuméfaction, appréciable surtout au côté externe. Au palper, la face antérieure et postérieure de l'articulation sont presque indolentes; il en est de même pour le côté interne ; mais vient-on à presser sur

l'épicondyle ou sur les parties avoisinantes, dans l'étendue de 4 à 5 centimètres carrés, on provoque aussitôt une douleur des plus vives.

A la face dorsale de la main droite, on observe deux traînées rouges, rubanées, qui suivent exactement le trajet des tendons extenseurs de l'index et du médius; à ce niveau, légère tuméfaction et de plus sensibilité très-vive à la pression (*synovite tendineuse*).

Le malade accuse encore une autre douleur dans le genou droit. Si on lui fait préciser le siége de cette douleur et si on la circonscrit par un examen minutieux, on constate qu'elle siége non pas dans le genou, mais exactement à la *tête du péroné*, dans un espace très-restreint, nettement déterminé, sur lequel la moindre pression éveille une intolérable souffrance. L'articulation du genou est absolument indemne et exécute tous ses mouvements en pleine liberté.

Traitement : vésicatoire sur le coude ; liniment opiacé et chloroformé; tisane d'orge ; 4 portions.

Le 8, même état ; 88 pulsations. Le malade dit cependant que la veille au soir il a eu du frisson « au point de claquer des dents ».

Le 9, même état. La fièvre du soir n'a pas reparu. Appétit ; état général satisfaisant.

Les jours suivants, la synovite tendineuse de la main droite entre en résolution ; la douleur de la tête du péroné disparaît. — En revanche, l'arthrite du coude subit une exacerbation considérable : tuméfaction accrue, douleurs très-vives, soit spontanées, soit surtout éveillées par le moindre mouvement, par la pression la plus légère.—Néanmoins, pas de fièvre; appétit ; état général toujours satisfaisant. — Le membre est placé dans une gouttière pour assurer une immobilité absolue ; ventouses scarifiées ; cataplasmes laudanisés ; purgatif. — Puis colchique ; nouveau vésicatoire.

Les jours suivants, l'arthrite prend une violence excessive : tuméfaction œdémateuse de la région ; douleurs très-intenses ; le moindre attouchement arrache un cri au malade. Appétit diminué ; langue un peu saburrale ; fièvre légère, surtout vers le soir.

Dans les premiers jours de novembre, le malade est pris d'une *fièvre typhoïde* ataxo-adynamique, dont il serait sans intérêt pour le sujet actuel de produire ici la relation. Il succombe à cette fièvre le 15 novembre. — Pendant le cours de cette maladie, l'arthrite n'avait paru subir aucune modification.

L'autopsie démontra diverses lésions relevant de la dothiénenterie, notamment des ulcérations des plaques de Peyer. — L'articulation du coude fut trouvée pleine de pus ; les cartilages étaient altérés et détruits sur plusieurs points ; toute la moitié interne de la trochlée notamment et sa partie antérieure étaient absolument dénudées. — L'articulation radio-humérale était intacte. — Dans l'urèthre, rougeur congestive de la moitié antérieure de la région pénienne ; à l'extrémité du verumontanum, injection vive de la muqueuse, formant un anneau d'un rouge sombre dans l'étendue de 8 millimètres. — Aucune autre lésion.

III. *Troisième forme : arthralgie simple.* — En certains cas, le rhumatisme blennorrhagique s'accuse sous forme de simples

douleurs articulaires. Les jointures qui en sont le siége n'offrent rien que d'absolument normal à l'examen le plus minutieux; elles conservent la plénitude de leurs mouvements; elles ne présentent ni rougeur, ni tuméfaction; elles se meuvent sans craquements; elles ne sont même que peu sensibles à la pression, souvent même absolument indolentes. La douleur dans les mouvements est le *seul phénomène* par lequel se traduit la maladie.

Ainsi, un malade affecté de rhumatisme blennorrhagique se plaint d'une jointure; vous explorez minutieusement cette jointure et vous ne constatez aucun signe d'arthrite, d'hydarthrose ou de fluxion rhumatismale. Cependant il reste bien acquis, de par le siége précis des douleurs accusées par le malade, de par leur exaspération dans les mouvements imprimés à l'article, que la souffrance réside dans une synoviale articulaire. Que peut être une telle manifestation ne s'accusant que par un symptôme unique, la *douleur*?

Sans chercher à expliquer l'essence des phénomènes, constatons le fait clinique, et bornons-nous à exprimer strictement ce que nous voyons, en disant que parfois l'influence blennorrhagique ne se traduit sur les jointures que par un sentiment de souffrance simple, sans autre processus apparent; en disant que chez certains malades la douleur est le seul phénomène qui caractérise le rhumatisme blennorrhagique des articulations.

Cette forme fruste est très-réelle, incontestable. Je l'ai rencontrée plusieurs fois, et je ne conserve pas pour ma part le moindre doute sur son existence indépendante. Je propose de l'appeler très-simplement *arthralgie blennorrhagique.*

Je l'ai observée déjà sur plusieurs articulations : genou, poignet, épaule, métatarse, articulations des phalanges, articulation temporo-maxillaire.

Assez souvent, elle ne consiste qu'en des douleurs vagues,

ambulantes et passagères. Ainsi, il n'est pas rare, tout à fait au début de certains rhumatismes blennorrhagiques, d'entendre les malades se plaindre de plusieurs articulations où l'examen le plus attentif ne laisse découvrir aucun symptôme morbide ; puis de voir, le lendemain ou quelques jours plus tard, ces douleurs vagues s'amender, disparaître, et le rhumatisme se localiser sur une jointure ou ailleurs avec des phénomènes bien plus accentués.

D'autres fois, au contraire, ces arthralgies sont persistantes, très-persistantes même. Il n'est pas rare qu'elles résistent à tous les traitements, pendant des semaines, des mois entiers, et qu'elles disparaissent seulement usées par le temps plutôt que guéries par les secours de l'art.

Comme exemple de ces arthralgies, je citerai le cas d'un jeune sculpteur que je traite actuellement. Ce malade a été affecté de trois blennorrhagies bien distinctes qui se sont toutes trois compliquées d'accidents rhumatismaux. N'ayant assisté qu'à la troisième, je ne parlerai que de cette dernière. Quelques semaines après son début, il se produisit des douleurs sur diverses articulations, douleurs qui, depuis plusieurs mois et en dépit de tous nos efforts, persistent avec les mêmes caractères et la même intensité. Elles n'ont jamais consisté et ne consistent encore qu'en ceci : *un sentiment de souffrance accompagnant les mouvements de certaines jointures* (épaules, coudes, genoux, et plus spécialement articulations des doigts). Ces douleurs ne se produisent que dans les mouvements ; elles sont nulles au repos. Elles occasionnent des troubles fonctionnels très-accusés. Ainsi le malade ne peut se baisser pour ramasser un objet à terre ; le matin notamment, au réveil, il est comme impotent, à ce point que, pour descendre du lit et chausser ses pantoufles, il est forcé de prendre les attitudes les plus étranges. Il n'élève les bras que péniblement ; il ne fléchit les coudes qu'avec difficulté, toutes ses articulations étant « comme rouillées ». Sculpteur et journellement appelé à modeler la

glaise, il a dû renoncer à ses occupations, parce que ses doigts, rigides et malhabiles, ne se prêtent plus à ce travail délicat. Cependant, si l'on vient à examiner et à palper une des jointures douloureuses, on ne constate rien que de normal : nulle rougeur, nulle déformation, nulle saillie, nulle tuméfaction, pas de craquements; rien de pathologique en un mot. Et même, aucun sentiment de souffrance à une pression un peu forte. Mais vient-on à imprimer à l'article un mouvement étendu, aussitôt se manifeste une douleur, douleur identique avec celle qui se produit dans les mouvements spontanés, légère sans doute, supportable, mais suffisante pour enlever aux membres leur liberté d'action, gêner assidûment le malade et constituer une véritable infirmité. — Deux détails intéressants sont encore à noter pour compléter cet exposé sommaire. La gêne et la douleur articulaires que je viens de signaler sont surtout notables le matin, au sortir du lit; mais lorsque le malade s'est, comme il le dit lui-même, « un peu forcé », qu'il a exercé, « dérouillé » ses jointures, ces phénomènes s'atténuent et les membres deviennent relativement plus libres. Il se fait donc comme une sorte de détente par l'exercice. — En second lieu, je ne dois pas oublier de dire que ce jeune homme n'a jamais eu d'affections rhumatismales, ni avant ni après son rhumatisme blennorrhagique; il n'a été affecté de douleurs que dans le cours de ses trois chaudepisses, et celles qui ont accompagné les deux premières ont présenté, paraît-il, des caractères absolument identiques avec celles dont se complique aujourd'hui la troisième.

Sur deux autres de mes malades affectés de blennorrhagies rebelles, j'ai observé, avec d'autres phénomènes non équivoques de rhumatisme blennorrhagique, des arthralgies très-persistantes dans les articulations tarsiennes et tarso-métatarsiennes.

Un autre de mes malades, affligé d'un écoulement chronique qu'il entretient un peu volontairement, a été affecté plusieurs fois de douleurs semblables dans les pieds. Chaque fois qu'à

la suite d'excès sa blennorrhée revient à un état plus aigu, ces douleurs se reproduisent pour quelques semaines en affectant toujours le même caractère. Sur lui, comme sur les sujets précédents, il est impossible de saisir par l'examen le plus minutieux une lésion apparente des jointures endolories. Les troubles fonctionnels et la souffrance dans la marche sont les seuls phénomènes que j'aie jamais constatés.

Du reste, les faits de ce genre ne sont pas absolument rares, et plusieurs de mes collègues m'en ont cité de semblables.

Les arthralgies blennorrhagiques s'observent dans divers ordres de circonstances différentes : 1° dans le cours de blennorrhagies récentes, et coïncidemment, en général, avec d'autres accidents de rhumatisme blennorrhagique, arthropathies, synovites tendineuses, ophthalmies, etc. ; — 2° dans les vieilles blennorrhées, et, le plus habituellement alors, sans autres manifestations. C'est dans ce dernier cas qu'on les voit s'exaspérer de temps à autre ou reparaître après s'être apaisées lorsqu'une excitation quelconque ravive le suintement uréthral.

IV. *Arthropathies de forme noueuse ou pseudo-goutteuse.* — J'appelle ainsi certaines arthropathies blennorrhagiques qui s'accompagnent d'une déformation des jointures plus ou moins analogue à celle qu'on observe dans le rhumatisme noueux ou dans la goutte.

Cette dénomination — à peine ai-je besoin de le dire — traduit simplement une analogie d'aspect, une apparence extérieure ; elle n'implique en rien l'idée d'une parenté, d'une assimilation quelconque des lésions que je vais décrire avec le rhumatisme noueux ou la goutte.

Le rhumatisme noueux blennorrhagique paraît être une affection *complexe*. Il est à croire en effet qu'il ne porte pas seulement son action sur les jointures, mais qu'il intéresse aussi les tissus fibreux péri-articulaires, voire même le périoste.

La description qui va suivre justifiera cette manière de voir.

Ce qui caractérise cette forme morbide, ce qui la différencie des diverses variétés d'arthropathies précédemment décrites, c'est la *déformation* singulière qu'elle imprime aux jointures. D'une façon générale, on peut dire qu'elle consiste en des tuméfactions péri-articulaires semblant résulter soit d'une hypertrophie des extrémités osseuses, soit d'une hyperplasie des tissus fibreux périphériques, et constituant au niveau de l'article des sortes de *nodosités*, de calus, de bosselures, qui ne sont pas sans quelque analogie d'aspect avec les déformations de la goutte ou mieux encore du rhumatisme noueux.

La jointure qui subit cette lésion se présente donc tuméfiée, déformée, noueuse. Suivant les cas et l'âge de la maladie, elle est ou douloureuse ou peu sensible ; rosée ou exempte de toute coloration morbide; immobilisée d'une façon presque absolue ou susceptible de mouvements incomplets. Au palper, tantôt on la trouve entourée d'un empâtement diffus, toujours assez ferme et non œdémateux ; tantôt au contraire elle ne fournit que la sensation d'une tumeur osseuse sous-cutanée, d'une hyperostose des épiphyses articulaires. — Ces variétés de forme et d'aspect seront d'ailleurs étudiées en détail dans la description que nous allons aborder.

Je n'ai rencontré jusqu'à ce jour le rhumatisme noueux blennorrhagique que sur quatre points, à savoir :

1° Les articulations des phalanges entre elles ;

2° Les articulations métacarpo-phalangiennes ;

3° Les articulations carpo-métacarpiennes ;

4° Les articulations du gros orteil.

Je vais l'étudier séparément sur chacune de ces articulations, afin de présenter au lecteur le tableau fidèle, minutieux même, de ce qu'il m'a été donné d'observer.

1° Lorsque la maladie se porte sur la main, elle paraît affec-

ter de préférence l'articulation de la première avec la seconde phalange.

Bien constituée, elle donne au doigt malade l'aspect dit *fusiforme*, c'est-à-dire qu'elle constitue sur sa longueur une tumeur, un renflement, un *nœud* véritable, qui rappelle les déformations tophacées de certains goutteux.

Ce nœud répond à l'interligne articulaire. Il n'existe, chose curieuse, que du côté de l'extension et sur les faces latérales du doigt ; rien de semblable ne s'observe du côté de la flexion, où les parties restent normalement constituées.

La tuméfaction péri-articulaire est lisse et uniformément arrondie ; elle n'offre nullement ces inégalités de surface, ces reliefs partiels, que présentent les concrétions tophacées. De plus, au palper, elle est très-dure, d'une dureté véritablement osseuse. Si bien qu'en raison de ce double caractère elle fournit au toucher la sensation que donnerait une simple hyperostose des extrémités articulaires.

Elle ne s'accompagne ni d'œdème, ni d'empâtement bien appréciable.

Elle offre parfois, à sa surface, une légère suffusion rosée des téguments, surtout au début de la maladie ; mais plus tard elle ne se distingue plus par aucune coloration morbide.

Douloureuse dans les premiers temps, elle ne tarde pas à devenir presque indolente, si ce n'est à une pression un peu fortement exercée.

L'articulation au niveau de laquelle s'est produite cette nodosité est toujours lésée dans ses fonctions, mais à des degrés divers. Quelquefois elle est absolument incapable de se fléchir et de s'étendre ; d'autres fois elle peut encore exécuter quelques mouvements incomplets.

Assez rapide à se constituer, cette lésion, une fois accomplie, reste stationnaire, sans tendance à s'accroître non plus qu'à se résoudre. Elle persiste ainsi longtemps sans modifications ; puis elle s'atténue ; mais je ne saurais encore dire si elle est suscep-

tible d'une guérison complète, non plus que préciser la durée totale de son évolution.

Voici un exemple de cette localisation phalangienne du rhumatisme noueux blennorrhagique. On remarquera que, dans ce fait, la nature des accidents sur lesquels j'appelle l'attention ne saurait comporter le plus léger doute. Le malade, non rhumatisant, avait eu au préalable deux blennorrhagies qui s'étaient toutes deux accompagnées de rhumatisme. Une troisième blennorrhagie devint l'origine de complications identiques, au milieu desquelles se produisirent les arthropathies noueuses. Nous ne voyons pas en conséquence comment il serait possible de rapporter ces lésions à une autre cause que l'influence blennorrhagique.

Obs. XXI. — *Trois blennorrhagies; trois rhumatismes blennorrhagiques. Dans le troisième, arthropathies diverses, synovites tendineuses multiples, ophthalmie double ambulante, rhumatisme noueux des phalanges.* — B..., bourrelier, âgé de quarante-sept ans, entre le 24 mai 1868 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de la Clinique.

Constitution robuste. Excellente santé habituelle. Aucune maladie grave antérieure. Pas d'autre antécédent morbide que deux blennorrhagies, l'une en 1859 et l'autre en 1865, qui se sont accompagnées toutes deux d'accidents rhumatismaux. La dernière s'est de plus, paraît-il, compliquée d'une ophthalmie. — Jamais, avant ces deux blennorrhagies non plus que dans leur intervalle ou après leur guérison, le malade n'a été sujet à des affections rhumatismales.

Cet homme, qui est sans fièvre et n'offre en rien la physionomie d'un malade, raconte qu'il a été pris depuis une dizaine de jours « de diverses douleurs rhumatismales dans l'épaule, le genou, le coude-pied et les mains», et que de plus, depuis deux jours, l'un de ses yeux s'est légèrement enflammé, ce qu'il attribue à l'action d'un courant d'air. A part cela, dit-il, il ne se sent nullement malade; il a bon appétit, mange comme de coutume, digère et dort très-bien, etc.

Nous examinons successivement les diverses régions auxquelles le malade rapporte ses souffrances, et voici ce que nous constatons :

1° L'épaule tout d'abord n'offre aucune tuméfaction, aucune rougeur. Nous exerçons au niveau de l'article de très-fortes pressions sans éveiller la moindre souffrance. De plus, après avoir pris soin d'immobiliser l'omoplate, nous imprimons à l'humérus des mouvements en tous sens, et le malade n'accuse aucune douleur. L'articulation scapulo-humérale nous paraît donc absolument saine. Recherchant au voisinage le siége réel de la douleur accusée par le malade, nous ne tardons pas à le localiser sur un tout autre point. D'abord, lorsqu'on imprime à l'épaule des mouvements de totalité qui intéressent l'omoplate, on

provoque une vive douleur qui paraît résider le long du bord spinal de cet os. Puis, en suivant ce bord avec les doigts, on arrive sur un foyer douloureux très-circonscrit, de la largeur environ d'une pièce de 2 francs, où le moindre attouchement détermine une souffrance très-vive. Ce foyer siége exactement au point où l'épine de l'omoplate dégénère en une facette aplatie et triangulaire sur laquelle glisse l'aponévrose du muscle trapèze. Il n'y a du reste en ce point ni rougeur, ni saillie, ni lésion appréciable d'aucune sorte.

2° Le malade se plaint « du genou ». Il ne peut marcher, il ne peut sans douleur fléchir ou étendre la jambe sur la cuisse. On serait tenté de localiser de tels symptômes dans l'articulation, mais lorsqu'on vient à explorer cette jointure, on n'y constate ni rougeur, ni tuméfaction, ni épanchement, ni même douleur. Elle est insensible au palper, insensible à la pression, à ce point qu'on peut la manier rudement, la frapper même sans éveiller de souffrance. D'autre part, un examen minutieux, pratiqué comme pour l'épaule, fait découvrir un point unique et très-circonscrit, où le moindre attouchement provoque une douleur excessive. Ce point, de l'étendue d'une pièce de 1 franc, correspond d'une façon très-précise à l'*insertion du tendon rotulien* sur la tubérosité antérieure du tibia.

3° Il en est de même pour la douleur du *pied*. Cette douleur ne réside évidemment ni dans l'articulation tibio-tarsienne, ni dans aucune des articulations voisines. Son siége réel est indiqué par une suffusion rosée des téguments, laquelle commence derrière la malléole péronière, la contourne inférieurement et se prolonge en avant sur le tiers externe du dos du pied, suivant la direction du tendon extenseur des orteils. De plus, une sorte de ruban rosé se dirige de la malléole jusqu'à l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, accompagnant ainsi dans son trajet le tendon du muscle court péronier. Si l'on imprime des mouvements à ces divers tendons, on provoque une vive douleur. De tels symptômes accusent évidemment une *phlegmasie des synoviales tendineuses* (tendons des quatrième et cinquième orteils, tendon du court péronier).

4° A la main, enfin, symptômes de même ordre. On aurait pu croire, d'après le dire du malade et l'aspect général de la partie, qu'on était en présence d'un rhumatisme du poignet et des doigts. Il n'en est rien. Une exploration attentive montre l'intégrité parfaite de toutes les articulations, de celle du poignet comme de celles des doigts avec le métacarpe. De même qu'au pied, les *tendons* seuls sont intéressés aux deux mains. La rougeur en effet et la tuméfaction sont exactement limitées à la face dorsale du métacarpe ; la rougeur dessine d'une façon précise le trajet des tendons extenseurs ; la douleur, à la pression et dans les mouvements, n'est éveillée que sur le trajet de ces tendons, etc. Tout accuse ici, en un mot, une *inflammation des gaînes tendineuses* (tendons extenseurs des doigts).

De sorte qu'en résumant ce qui précède nous trouvons chez notre malade, au lieu d'un rhumatisme poly-articulaire, de simples inflammations des gaînes tendineuses (tendon rotulien, tendon péronier, tendons extenseurs des orteils, tendons extenseurs des doigts). Quant au foyer douloureux du bord spinal de l'omoplate, il nous semble devoir être expliqué soit par une lésion de même ordre siégeant au niveau de

l'aponévrose triangulaire du trapèze, soit par une phlegmasie aiguë de la bourse séreuse qui sépare cette aponévrose de la facette scapulaire.

5° Vers l'œil droit, le seul dont se plaigne le malade, nous constatons des signes non douteux de conjonctivite : conjonctive oculaire normale, mais conjonctive palpébrale très-rouge, très-injectée ; rougeur purpurine de la caroncule ; culs-de-sac palpébraux contenant un mucus catarrhal abondant. Pas de larmoiement ni de photophobie, ni de troubles de la vue. Aucun signe morbide vers la cornée et l'iris. En un mot, *conjonctivite partielle*, exclusivement limitée à la caroncule et à la muqueuse palpébrale.

Bien que le malade n'accuse rien du côté de l'œil gauche, nous y constatons cependant des lésions semblables à celles de l'œil droit, mais beaucoup plus légères.

Intégrité absolue des autres fonctions.

La nature des symptômes qui précèdent appelle aussitôt notre attention sur l'état de l'urèthre. Le malade dit qu'il n'est pas actoellement affecté de blennorrhagie. Néanmoins nous trouvons sur son linge quelques taches jaunâtres, purulentes, et l'expression du canal fait sourdre par le méat une grosse goutte de pus.

Le malade avoue alors qu'il a eu une blennorrhagie dans ces derniers temps, il y a six semaines environ ; il s'en est soigneusement traité, dit-il, à l'aide de cubèbe et d'injections, et il s'en croyait complétement guéri.

Traitement : julep avec 4 grammes de teinture de colchique ; tisane d'orge ; onctions narcotiques sur les points douloureux ; lotions d'eau de guimauve sur les yeux ; repos absolu.

Il serait superflu, je pense, de reproduire jour par jour les incidents multiples de cette très-longue observation. Je ne ferai qu'en signaler les points principaux.

La première quinzaine qui suit l'entrée du malade à l'hôpital n'est marquée que par la sédation lente de la plupart des phénomènes sus-indiqués. Seules, les mains restent tuméfiées et douloureuses. La double ophthalmie a disparu.

Mais, le 5 du mois suivant, phlegmasie synoviale des tendons qui contournent la malléole interne. Ce symptôme s'apaise en quelques jours.

Le 6, récidive légère de l'ophthalmie sur les deux yeux. Guérison en quatre jours. — Éruption herpétiforme du gland.

La tuméfaction de la face dorsale du métacarpe persiste toujours à chacune des mains ; mais elle s'est concentrée, à la main gauche, sur le tendon du médius, et à la droite sur les tendons du médius et de l'index. De plus, elle se prolonge sur ces tendons au niveau des doigts. Les mouvements de ces doigts deviennent très-douloureux et très-limités. — Plus tard, tuméfaction singulière au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes de ces mêmes doigts ; même tuméfaction, mais un peu moindre, des articulations de la première avec la seconde phalange de l'index droit et du médius gauche. Toutes ces articulations sont très-sensibles au toucher, très-douloureuses dans les mouvements qu'on leur imprime.—Vésicatoires répétés sur le métacarpe ; badigeonnages à la teinture d'iode ; sirop d'iodure de potassium et d'iodure de fer, etc.

En dépit de tous nos efforts et des médications les plus variées, la

maladie persiste et multiplie ses manifestations. Il ne se passe guère une quinzaine sans qu'il se produise soit un symptôme nouveau, soit une recrudescence ou une récidive d'un symptôme évanoui. — Ainsi, le 16, synovite du tendon rotulien droit, et légère hydarthrose dans le genou correspondant ;— les jours suivants, douleurs vives au niveau du tendon rotulien gauche ; — le mois suivant, récidive de la synovite derrière la malléole interne ; — puis, conjonctivite de l'œil gauche ; — rhumatisme du coude ; — douleurs nouvelles dans les genoux ; — douleur derrière un talon ; — nouveau gonflement péri-malléolaire ; — douleur vive et circonscrite au niveau de la tête du cubitus, en avant, etc.

Mais c'est surtout vers les mains que se porte la maladie. Si la tuméfaction des métacarpes s'est affaissée, en revanche plusieurs articulations des phalanges entre elles se prennent tour à tour ; quelques-unes restent tuméfiées et comme *noueuses*, ce qui donne aux doigts un *aspect fusiforme*. L'annulaire de la main droite, par exemple, présente au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange un gonflement considérable, double pour le moins du volume de ce doigt. Ce gonflement est dur, uniforme et lisse à sa surface, sans changement de coloration des téguments, sans bosselures ni tumeurs distinctes qu'on puisse sentir sous la peau. Il nous est impossible d'en préciser la raison anatomique ; tout ce que nous pouvons en dire, c'est qu'il se présente comme s'il était dû à une hypertrophie générale de tous les tissus péri-articulaires ou même à une hyperostose des extrémités des phalanges. Il rappelle complétement comme aspect les déformations du *rhumatisme noueux*.

Cet état ne subit qu'une très-lente modification. En septembre, seulement, l'amélioration est suffisante pour que le malade puisse se servir de ses doigts et reprendre son travail habituel. Mais à cette époque même toutes les jointures ne sont pas encore débarrassées. L'index et surtout l'annulaire de la main droite présentent encore des saillies noueuses au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange. Les autres doigts sont revenus à l'état normal.

L'écoulement uréthral a longtemps résisté à différentes médications. Il paraît complétement tari lorsque le malade quitte l'hôpital (13 septembre.)

Je n'ai pas eu occasion de revoir le malade depuis cette époque.

2° Au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, l'affection revêt une allure presque identique, à quelques détails près résultant de la différence de siége. Ce qu'on observe là, c'est une grosse saillie hémisphérique constituée par la tête du métacarpien, laquelle paraît doublée de volume. Cette saillie, cette nodosité, n'est appréciable qu'à la face postérieure du métacarpe et dans les espaces inter-métacarpiens ; elle ne se prolonge jamais du côté de la face palmaire. Elle est régulièrement arrondie, lisse et égale à sa surface, rosée ou rougeâtre

dans les premiers temps de la maladie, mais exempte plus tard de toute coloration morbide, douloureuse au début et devenant par la suite presque indolente, très-dure et donnant exactement au palper la sensation d'une exostose ou mieux encore, eu égard à la forme de la tumeur, d'une hyperostose sous-cutanée de la tête métacarpienne.

Développée en ce point, la maladie est beaucoup moins gênante pour les mouvements que dans les cas où elle occupe les articulations phalangiennes. Le doigt, en effet, reste susceptible de s'étendre et de se fléchir sur le métacarpien dans de certaines limites ; ce qui tient, je crois, à ce qu'ici la lésion se concentre presque exclusivement sur la tête métacarpienne, la phalange correspondante restant à peu près indemne.

J'ai eu l'occasion d'observer *deux fois de suite*, sur le même sujet, cette localisation du rhumatisme noueux blennorrhagique ; et cela dans des conditions telles, avec un cortége d'autres manifestations si complet et tellement significatif, que ce fait, je puis le dire, porte la conviction avec lui. Le voici d'une façon sommaire :

OBS. XXII. — *Trois blennorrhagies, trois rhumatismes blennorrhagiques. Accidents de rhumatisme noueux dans la seconde et dans la troisième attaque.* — T..., âgé de vingt-cinq ans, de constitution lymphatique, a été affecté de *trois blennorrhagies qui se sont toutes trois accompagnées d'accidents rhumatismaux.* — Jamais, ni avant ni après ses chaudepisses, il n'a été sujet au rhumatisme. Sa santé habituelle est assez bonne. Aucune maladie sérieuse.

En 1864, première blennorrhagie. Accidents rhumatismaux divers et ophthalmie double. (Je n'ai pas assisté à ce premier rhumatisme.)

En 1866, seconde blennorrhagie. — Début de l'écoulement le 28 octobre.—Les jours suivants, état assez aigu ; écoulement abondant ; douleurs vives de miction, érections nocturnes, lymphangite dorsale légère. — Traitement : tisanes, bains, pilules d'opium et de camphre.

Le 6 novembre, conjonctivite palpébrale et caronculaire de l'œil gauche. — Le 8, mêmes symptômes à l'œil droit.—Herpès de la verge.

Puis commence alors une série très-multiple d'accidents qui se succèdent sans interruption de novembre 1866 à mars 1867, et dont il serait superflu de reproduire ici l'histoire détaillée. Je ne ferai que les énumérer sommairement : douleur lombaire unilatérale ; — synovite des tendons extenseurs du pouce ;—arthrite subaiguë d'un poignet ;—douleur très-vive dans une articulation chondro-sternale ;—synovite très-aiguë

des tendons péroniers d'un côté ; — douleurs non localisables dans un pied ; douleur dans l'épaule gauche ; — nouvelle ophthalmie double, ambulante d'un œil à l'autre (même forme de conjonctivite partielle) ; — douleur très-vive en un point limité au niveau de la tête du cubitus (périostite) ; — douleur à la nuque, dans les masses musculaires, empêchant de tourner la tête ; — douleur derrière la malléole interne du pied droit ; — tuméfaction douloureuse de la tête du troisième métacarpien, avec rougeur et difficultés dans les mouvements de l'articulation ; — quelques jours plus tard tuméfaction semblable à l'extrémité supérieure du même os ; — roideur et embarras dans les mouvements d'un genou, sans tuméfaction ni rougeur, ni épanchement ; — mêmes symptômes, mais moins accusés dans les deux articulations tibio-tarsiennes ; — et enfin, douleur localisée en un point très-circonscrit au niveau de l'insertion du ligament rotulien sur le tibia. — Guérison après cinq mois de maladie.

Pour revenir sur la manifestation qui nous intéresse actuellement, ce fut dans les derniers jours de décembre que l'articulation métacarpo-phalangienne du médius fut affectée. Tout d'abord on n'observa que les symptômes d'une arthropathie sub-aiguë ; puis, d'une façon assez rapide, la tête métacarpienne sembla se gonfler, s'hypertrophier, et finit par constituer sur le dos de la main une tumeur saillante, une sorte de *nodosité*, à peu près comparable comme volume à un noyau d'abricot. Cette tumeur, au début, était rosée, douloureuse ; plus tard, sa sensibilité diminua, en même temps que les téguments prirent à sa surface une teinte blanchâtre, due sans doute à leur distension. L'articulation était notablement empêchée dans ses mouvements ; cependant, quelques semaines plus tard, le doigt pouvait s'étendre et se fléchir dans une certaine limite.

Cette tumeur persista longtemps sans la moindre modification de volume. Le malade pouvait déjà se considérer comme guéri qu'elle n'avait pas subi de retrait. Ce ne fut que dans les mois suivants qu'elle commença à diminuer d'une façon presque insensible. En juillet, elle formait encore un relief notable ; la main toutefois avait recouvré toutes ses fonctions.

En janvier 1868, ce même malade contracta une nouvelle blennorrhagie. Comme je l'avais annoncé, le rhumatisme ne tarda pas à se manifester de nouveau, et nous assistâmes successivement aux divers accidents que voici :

Début par une douleur sourde du talon, au niveau du tendon d'Achille ; — puis double ophthalmie (forme de conjonctivite palpébrale et caronculaire) ; — sciatique intense ; — quelques jours plus tard, arthropathie sub-aiguë de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius (la même qui avait été affectée dans la précédente chaudepisse), et tuméfaction légèrement douloureuse de la tête du troisième métacarpien ; — douleur dans l'articulation de l'épaule ; — le 10 février, hydarthrose considérable d'un genou survenue presque subitement ; cette hydarthrose persiste longtemps, rebelle à diverses médications ; elle n'est guère améliorée qu'en mars, après un mois de séjour au lit. — Pendant ce temps, douleurs vagues et mobiles (épaules, articulations métatarsiennes des gros orteils, talons). — Douleurs vagues et difficilement localisables dans les orteils et la plante du pied. — Le malade part en avril pour les pays

chauds. A ce moment, la nodosité métacarpienne était encore très-volumineuse, mais presque indolente ; les mouvements de l'articulation étaient presque entièrement rétablis.

3° Je n'ai vu qu'une seule fois (dans le dernier cas que je viens de relater) le rhumatisme noueux blennorrhagique se porter sur les articulations carpo-métacarpiennes.

Ce qui se produisit sur ce malade fut d'abord une douleur au niveau de l'interligne articulaire du carpe et du métacarpe, puis une tuméfaction circonscrite, qui recouvrit l'extrémité supérieure du troisième métacarpien. En s'exagérant, cette tuméfaction constitua une *bosselure* du volume d'une grosse amande, lisse, égale, sensible au toucher, et d'une dureté osseuse. Ici encore on pouvait croire à une hyperostose de l'épiphyse métacarpienne. — Cette tumeur s'affaissa légèrement dans l'espace de quelques jours, puis au delà persista avec une opiniâtreté remarquable. Elle était encore apparente, mais absolument indolore, lorsque je perdis de vue le malade trois mois plus tard.

4° Au gros orteil, la maladie prend une physionomie différente. Elle se présente là sous forme de l'*empâtement goutteux subaigu.*

Ce qu'on observe peut se résumer ainsi : le gros orteil est tuméfié en totalité, et augmenté d'un tiers au moins de son volume total ; — il offre sur quelques points, notamment au niveau de sa face dorsale, une coloration d'un rose sombre ; — il paraît tout à la fois empâté et rénitent, sans présenter ni les signes de l'œdème ni ceux d'une véritable fluxion inflammatoire ; — il est légèrement douloureux au toucher, mais il le devient à un haut degré dès qu'on essaie de lui imprimer quelques mouvements. Au repos, le malade n'en souffre pas ; mais, dès qu'il marche, il y ressent une douleur assez vive. De là, une claudication très-accentuée ; de là aussi une tendance instinctive à tenir le pied relevé dans la marche, en n'appuyant à terre que le talon.

En raison de l'engorgement général de l'orteil, il est difficile, impossible même, d'acquérir par le palper des renseignements précis sur l'état des parties profondes. Ce qu'on sent paraît témoigner d'un état fluxionnaire assez complexe, intéressant à la fois et les articulations, et les tissus voisins, tissus fibreux, tissu cellulaire, gaînes tendineuses et peut-être même périoste. Mais quelle part chacun de ces éléments prend-il à la lésion totale, c'est ce qu'on ne saurait distinguer sûrement.

Cette sorte de *goutte blennorrhagique* s'est toujours présentée à moi avec une telle identité de caractères, dans tous les cas où je l'ai observée, qu'il m'est arrivé récemment de soupçonner et de *deviner* une blennorrhagie au seul aspect d'un gros orteil ainsi affecté. Je vais raconter ce fait, pour montrer une fois de plus que le rhumatisme blennorrhagique peut être diagnostiqué directement, *à priori*, par ses symptômes propres, en l'ignorance même de l'état de l'urèthre.

Obs. XXIII. — Un jeune homme d'une vingtaine d'années, bien constitué, robuste, vint me consulter en septembre dernier pour ce qu'il appelait « un rhumatisme du pied ». Il souffrait, disait-il, depuis plusieurs semaines d'un gonflement du gros orteil, et ne pouvait marcher qu'au prix d'assez vives douleurs. J'examinai cet orteil et je le trouvai dans l'état suivant :

Orteil tuméfié en masse, presque doublé de volume, mais conservant sa forme normale malgré cette sorte d'hypertrophie ; téguments rosés, surtout à la face dorsale ; empâtement général, sans œdème toutefois ; rénitence au doigt ; douleur légère à la pression, mais douleur très-vive dans les mouvements qu'on essaie d'imprimer aux jointures ; marche très-pénible, s'effectuant surtout sur le talon, l'avant-pied relevé.

Du reste, apyrexie absolue. Grandes fonctions intactes. — Le malade niait tout antécédent goutteux ou rhumatismal. Ses parents mêmes, affirmait-il, n'avaient jamais présenté ni goutte ni rhumatisme. — Frappé des symptômes que je venais de constater et me rappelant d'autres cas absolument semblables que j'avais eu l'occasion d'observer, je dis à ce jeune homme, non sans quelque témérité peut-être : « Vous devez avoir, vous avez certainement la chaudepisse. » — « Cela est vrai, me répondit-il, et si je ne vous en parlais pas, c'est que je jugeais cela indifférent. » — Examen fait, je constatai en effet un écoulement uréthral, jaune, purulent, que n'étaient pas parvenues à tarir de très-nombreuses injections. Puis, remontant aux antécédents, je pus reconstituer de la façon suivante l'histoire vraie de ce malade : Exempt jusqu'alors de tout accident vénérien, il avait contracté une blennorrhagie en juillet 1868. Une quinzaine plus tard, il avait été affecté, d'après le dire de

son médecin, « d'un rhumatisme *du dos de la main dans les tendons* ». Puis, quelque temps après, le gros orteil s'était pris. Et cette lésion, en dépit de tous les remèdes, avait toujours persisté dans l'état où je la trouvais aujourd'hui. La main elle-même présentait encore des traces non équivoques d'une *synovite* des tendons extenseurs.

Je prescrivis à ce jeune homme le traitement suivant : badigeonnages bi-quotidiens à la teinture d'iode sur les parties malades ; sirop d'iodure de potassium et d'iodure de fer à forte dose ; tisanes ; repos.

Dans l'espace d'un mois, il se produisit une amélioration notable. La synovite tendineuse de la main se dissipa complétement ; le suintement uréthral se tarit, et la lésion du gros orteil s'atténua de façon à permettre la marche, non toutefois sans un certain reste de douleurs.

Dans les mois suivants, toute douleur disparut ; mais pendant longtemps encore, l'orteil conserva un certain degré de tuméfaction.

Un autre fait qui sera relaté plus loin (voy. obs. XXIV), est l'exacte reproduction de celui que je viens de décrire.

Tels sont les curieux accidents qui constituent ce que j'ai cru pouvoir appeler la *forme noueuse* ou *pseudo-goutteuse* du rhumatisme blennorrhagique.

Je ne pense pas que la nature blennorrhagique de ces accidents puisse rester douteuse pour le lecteur. Elle me paraît, quant à moi, résulter clairement de la triple considération que voici :

1° Dans tous les cas, sans exception, où je les ai observées, ces lésions de forme noueuse ou pseudo-goutteuse ont toujours coïncidé avec d'autres manifestations non équivoques de rhumatisme blennorrhagique ;

2° Dans tous les cas encore sans exception, elles s'étaient produites sur des sujets non rhumatisants, non goutteux, sans la moindre cause qui permît de leur assigner une autre origine;

3° Dans la presque totalité des cas, enfin, elles se sont manifestées chez ces singuliers sujets pour lesquels toute blennorrhagie est l'origine presque fatale de complications rhumatismales. — Une des observations précédentes nous a même offert, comme témoignage des plus significatifs, l'exemple d'un malade présentant deux fois des lésions noueuses ou pseudo-goutteuses dans le cours de deux rhumatismes blennorrhagiques.

Un dernier mot me resterait à dire, en achevant cette étude, sur la durée moyenne et les terminaisons possibles des accidents que je viens de signaler. Mais les faits dont je dispose ne me permettent pas de résoudre cette double question. Ce que je sais, ce qui résulte des observations précédentes, c'est que cette forme de rhumatisme blennorrhagique a généralement une durée longue, de plusieurs mois environ. Mais j'ignore si elle se termine toujours heureusement et si elle aboutit, dans tous les cas, à une résolution complète. — Je réserve donc ce point, et je le signale comme une lacune à combler par des travaux ultérieurs.

(*La suite au prochain numéro.*)

DE L'EMPLOI DE LA GLACE

CONTRE

CERTAINES AFFECTIONS DE L'APPAREIL TESTICULAIRE

PAR P. DIDAY.

(Suite. — Voy. le nº 1.)

---

§ II. — NÉVRALGIE.

La névralgie, dans l'appareil testiculaire comme ailleurs, affecte certainement les modes les plus insolites, les formes les plus bizarres; variant selon chaque individu ; chez chaque individu même ne se ressemblant pas du commencement à la fin de la maladie ; enfin, subissant les transformations, les complications, les irradiations les moins prévues, suivant une foule de causes, parmi lesquelles l'influence de tel ou tel agent thérapeutique a aussi sa place marquée.

Malgré cette variabilité extrême, il n'en existe pas moins un état-type, qui a mérité et reçu un nom distinct (*irritable testis*), à physionomie uniforme, à traits constants. Il se caractérise :

Par l'absence de lésion matérielle dans le testicule ou ses annexes ;

Souvent par l'absence de maladie antécédente dans cet appareil ;

Par des douleurs, supportables quant à leur intensité, mais particulièrement incommodes par leur continuité ;

Par la régularité de la modification que certaines conditions impriment à ces douleurs; le décubitus dorsal, la distraction morale les atténuant; la marche ou le croisement des jambes l'une sur l'autre les aggravant; et cette double influence se

produisant toujours, chez tous les sujets, sans que l'habitude en éteigne ou en émousse l'action.

Eh bien ! plus une névralgie testiculaire se rapproche de ce type, plus je suis sûr de la guérir par l'application de la glace. J'en citerai deux exemples :

Un horloger, âgé de vingt-deux ans, bien constitué quoique assez maigre, n'ayant payé qu'un tribut ancien et modéré aux plaisirs de la seconde enfance, exempt de pertes séminales, sans maladies vénériennes antérieures, souffrait depuis dix-huit-mois de névralgie testiculaire, lorsqu'il me consulta, en janvier 1866. La douleur occupait le testicule et surtout l'épididyme du côté droit. Elle s'était développée peu à peu sans cause connue. Comme elle se calmait par le repos, s'exaspérait par la station debout et la marche, ç'avait été là, pour ce pauvre jeune homme, une raison suffisante pour qu'il se fût décidé à changer sa première profession de voyageur de commerce contre un état lui permettant de rester assis.

Ce seul détail indique assez combien la maladie était pénible et combien avaient été impuissantes les nombreuses médications locales et générales employées pour en triompher. Ce malheureux ne pouvait faire une course de plus d'une demi-heure sans que la souffrance, s'éveillant peu à peu, née d'abord sous forme de chatouillement pour devenir douleur et se faire enfin torture s'il persistait, l'obligeât de s'arrêter. Il caractérisait plaisamment, mais éloquemment sa position en me disant qu'il était tout juste *le contraire du Juif-Errant.* La marche, en effet, lui était devenue presque interdite ; car ayant plusieurs fois essayé de persister, de vouloir poursuivre sa route, en dépit des avertissements névralgiques, la douleur s'était étendue jusqu'aux reins, et y avait même subsisté une fois jusqu'au lendemain, malgré le repos de la nuit.

Comme presque tous les névralgiques, ce jeune homme, tout désireux qu'il fût d'être rendu à la santé, semblait se faire de sa maladie une sorte de piédestal. Il l'avait étudiée, la

connaissait, la décrivait avec amour. Il possédait ses auteurs classiques ; Carling lui était familier. Et, fort de son expérience, fort de ses déceptions thérapeutiques presque infinies, il me défiait de le guérir !

J'acceptai le défi, sachant sur quel auxiliaire je pouvais compter ; seulement, j'utilisai l'avantage que me donnait son attitude pour faire mes conditions, et j'exigeai et obtins sans peine de lui quatre jours pleins, soit quatre-vingt-seize heures, de docilité absolue à mes prescriptions.

On devine à quoi ce temps fut employé. Deux vessies contenant de la glace furent appliquées, l'une dessus, l'autre dessous les testicules. Je plaçai moi-même l'appareil, de manière à ce que les vessies fussent *en contact constant, mais sans excès de pression*, avec la peau. J'établis auprès du lit une garde intelligente. Plusieurs fois par jour je visitai mon patient, m'occupant de tous les détails, l'accoutumant à craindre d'avoir à se reprocher la moindre infraction, veillant surtout à ce que la provision de glace fût suffisante, de manière à éviter les interruptions nocturnes, écueil ordinaire de ce traitement, et si compromettant pour son succès.

L'application ayant été parfaitement supportée, je la fis cesser au bout des quatre jours. Ce ne fut pas néanmoins, je l'avoue, ce ne fut pas sans une curiosité mêlée de quelque appréhension que, malgré tout ce qui devait me rassurer, je prononçai le *surge et ambula*. Mais ma confiance était bien fondée. A partir de ce jour-là, mon client a pu marcher comme un autre ; il a même quitté le suspensoir dont auparavant il ne pouvait se passer. Lorsqu'il a fait à pied plus de six ou huit kilomètres, il éprouve bien encore, au siége de son ancienne souffrance, une sorte de pesanteur. Mais le repos de la nuit la dissipe entièrement, et il passe des mois entiers sans éprouver de ce côté la moindre gêne. Pour être vrai jusqu'au bout, je dois dire qu'il n'a pas encore voulu, ou osé, quitter son reposant commerce d'horlogerie.

Le second exemple est plus probant encore; peut-être devrais-je me borner à le rappeler, car il a déjà été publié. Mais comme il figure dans un journal de province, sa reproduction aura sans doute pour la plupart de nos lecteurs l'intérêt d'une observation inédite. Nul mieux que moi, du reste, n'est maître d'en juger et d'en agir ainsi; car, à l'égard de ce fait, je puis dire que j'ai un double titre, droit d'auteur et droit de propriétaire, à reprendre mon bien où je le trouve.

Obs. I. — M. X..., médecin, âgé de vingt-cinq ans, tempérament lymphatico-sanguin, a contracté la vérole il y a quinze mois. Il n'a éprouvé que quelques accidents fort légers, dont la durée a été de deux mois, après lesquels il n'y eut plus aucune manifestation syphilitique pendant un an environ.

Au mois de septembre dernier, X... tomba malade et fut atteint de symptômes mal caractérisés, pouvant se rapporter cependant à une fièvre muqueuse frustre : état saburral des voies digestives, diarrhée, céphalalgie intense, points névralgiques à divers endroits du corps, principalement au côté droit de la poitrine, où l'on appliqua un vésicatoire. X... gardait le lit depuis une dizaine de jours : il y avait une grande amélioration dans les symptômes généraux, lorsqu'il éprouva, un matin, une douleur assez vive au testicule gauche; on constata un léger gonflement de l'épididyme, gonflement qui atteignait aussi la glande elle-même. On prescrivit des cataplasmes, des bains de siége et des frictions avec la pommade d'iodure potassique.

Le lendemain, le testicule et l'épididyme du côté droit se prirent aussi, mais beaucoup moins qu'à gauche; la station verticale était devenue impossible au malade; les testicules pendaient au fond du scrotum, qui était rouge, luisant, non douloureux. Le cordon spermatique, des deux côtés, présentait de l'empâtement et de la sensibilité. Cet état subinflammatoire de l'appareil génital persista une dizaine de jours, au bout desquels la marche devint possible; et le malade quitta Lyon pour aller dans sa famille, n'éprouvant plus qu'une hyperesthésie testiculaire, plus prononcée à gauche qu'à droite, mais ne se manifestant point lorsque le malade était couché ou assis. X... resta quinze jours absent; son état général, altéré par un séjour de trois semaines au lit, était devenu beaucoup meilleur; mais la sensibilité des testicules était restée la même, et au bout de quelques jours elle se transforma en une douleur continue, supportable cependant, que X... comparait à celle que fait éprouver la constriction modérée des glandes testiculaires. Le sommeil n'était point troublé; mais, du moment de son lever au moment de son coucher, cette sensation vermiculaire ne laissait aucune trêve à X..., dont le moral finit par s'altérer assez sérieusement pour lui faire fuir toute société.

Le volume des testicules n'était cependant point augmenté; à peine observait-on un léger empâtement de l'épididyme gauche; pas de varicocèle. La pression augmentait fort peu la douleur; la marche la calmait

un peu, probablement par la distraction qu'elle procurait au malade. Aussi lui arrivait-il souvent, pour s'y soustraire, de faire de longues courses. Il y était en outre forcé, pour ne point céder au désir de masturbation qu'excitait en lui cette sensation permanente d'une main qui lui aurait légèrement comprimé les testicules. Ceux-ci étaient tous les deux le siége de la douleur, mais le droit beaucoup moins que le gauche.

Le coït augmentait le malaise, après l'avoir soulagé momentanément. X... essaya d'abord plusieurs traitements : frictions à l'iodure de potassium, à la pommade belladonée, mais sans résultat. Il se décida à aller consulter M. Diday, qui, ne trouvant aucune lésion organique appréciable du testicule, ne vit dans cet état qu'une simple névralgie, dont il fallait rechercher la cause.

Vu les antécédents du malade, qui d'ailleurs éprouvait du côté du sternum, des poignets et des articulations tibio-tarsiennes, des douleurs rhumatoïdes, M. Diday songea d'abord à s'attaquer à une diathèse syphilitique probable ; il prescrivit des applications de chloroforme le long des cordons, des frictions mercurielles tous les deux jours, et l'iodure de potassium. Le malade suivit scrupuleusement ce traitement pendant une quinzaine de jours ; il n'en retira aucun avantage ; M. Diday fit suspendre alors le traitement antisyphilitique pour le fer et les préparations de quinquina, pensant que ces douleurs névralgiques étaient peut-être liées à un état anémique : même résultat négatif au bout de trois semaines.

X... devenait de plus en plus triste, voyant son état persister. M. Diday lui prescrivit alors le traitement suivant : pendant quarante-huit heures tenir appliquées au-dessous et au-dessus des testicules des vessies remplies de glace, renouvelée au fur et à mesure de sa fusion.

Ce traitement amena, le troisième jour, une notable amélioration ; X... fut obligé de partir le quatrième jour pour le Midi ; il voyageait à petites journées et faisait la route à pied. Il y avait à peine trois jours qu'il avait quitté Lyon, que les douleurs disparurent complétement, quoique les testicules fussent encore sensibles à la pression ; pendant sa route, qui dura dix-sept jours, X... n'éprouva pas une seule fois des sensations douloureuses du côté des testicules. Depuis ce voyage, X..., qui est de retour à Lyon, est à peu près complétement débarrassé de sa névralgie testiculaire ; c'est à peine si, de temps à autre, il éprouve encore quelques petits élancements insignifiants (1).

Ces deux exemples du pouvoir de la glace contre la névralgie testiculaire me semblent suffisants. On ne sera pas, je n'ai certes point été moi-même, toujours aussi heureux que chez ces deux malades. Mais, je le déclare avec la même franchise, jamais je n'ai eu d'insuccès complet. La glace, en pareil cas, produit invariablement une amélioration, je suis même en droit d'ajouter plus d'amélioration qu'aucun autre remède, soit

(1) *Gazette médicale de Lyon*, 1867, p. 130.

local, soit adressé à la constitution. Quand elle ne guérit pas en une fois, elle parvient assez souvent à opérer en plusieurs séances consécutives, répétées selon le besoin, ce qu'elle n'a pu faire d'emblée. Dans les cas les moins favorables, si elle est impuissante à guérir, du moins elle soulage efficacement, et, je le répète, aucun agent ne saurait donner un soulagement aussi assuré, aussi constant, aussi durable que celui qu'elle procure.

Je puis citer, à ce sujet, le cas tout récent d'un commerçant de Villefranche, atteint depuis trois ans d'une douleur à l'épididyme qui est un peu engorgé. Dès qu'il marche plus d'une heure, la douleur s'éveille, et bientôt s'étend au cordon puis aux reins. Le coït, comme cela arrive ordinairement en pareil cas, atténue sur le moment cette souffrance, mais l'exaspère le lendemain.

Cet homme n'a trouvé d'apaisement que dans l'emploi de la glace. Jamais ses occupations ne lui ont rendu possible d'en continuer assez longtemps l'application ; mais en la gardant douze heures, il est guéri pour six semaines ; et jusqu'à présent il se contente de ce système, le mal, qu'il peut ainsi pallier, lui étant moins incommode que l'exécution du traitement curatif.

§ III. — États morbides divers.

Je range sous cette dénomination plusieurs états pathologiques, à cause et à forme variables, affectant divers points de l'appareil testiculaire, et dont l'élément *douleur* constitue le caractère dominant.

Plus les symptômes de ce mal le rapprochent de la névralgie et plus il est justiciable de la glace : telle est, à ce sujet, la proposition la plus certaine et la plus utile que je puisse formuler à l'entrée de ce chapitre nécessairement un peu confus. Et pour justifier ma définition par la *différence, prochaine* selon le langage de l'école, je veux d'abord établir que tout ce qui

est inflammation et non névralgie échappe au pouvoir de la glace.

Il me sera aisé de le prouver. En cette matière, les occasions abondent sous la plume du clinicien ; car je n'ai qu'à citer pour exemple l'épididymite blennorrhagique, la plus fréquente et assurément la mieux caractérisée, comme nature morbide, des inflammations aigues de l'appareil testiculaire.

Eh bien ! cette phlegmasie,—phlegmasie si franche que jadis on lui opposait la saignée du bras, et que, depuis longtemps, dans ma pratique spéciale, je n'ordonne plus jamais de sangsues que contre elle, — cette phlegmasie n'est point influencée par la glace. L'observation suivante l'établira, à elle seule, péremptoirement.

J'avais, en juillet 1858, soigné un de mes amis d'une épididymite blennorrhagique du côté gauche, laquelle s'étant compliquée d'orchite avait produit ces infernales souffrances dont je parlais dans le premier numéro, et que l'emploi prolongé de la glace avait seul pu faire cesser. Jusque là rien que de normal en pareil cas.

Mais, l'orchite à peine guérie, l'épididyme du côté droit se prend à son tour (épididymite à bascule, de Ricord). Sachant ce qui pouvait s'ensuivre, avertis, effrayés par le souvenir des tortures que nous venions de traverser, nous étions, le malade et moi, tout à fait d'accord pour tâcher d'en conjurer le retour par tous les moyens possibles, et la glace, qui venait de nous rendre un si grand service, se présenta la première à notre pensée.

Donc, dès le début de la pesanteur à peine sensible annonçant que l'épididyme droit allait être envahi, mon malade se mit au lit avec ses deux vessies de glace à demeure *loco dolenti*. Pendant deux jours, nous crûmes au succès, car l'organe ne se tuméfiait que très-peu et la souffrance méritait à peine ce nom. Mais, au troisième jour, sans que le traitement eût été interrompu, sans nulle imprudence commise, le mal prit sa

marche habituelle, et l'engorgement ainsi que la sensibilité de l'organe devinrent tels qu'il fallut cesser la glace et appliquer des sangsues sur le cordon. — Dès lors, l'évolution morbide de l'épididymite s'opéra selon ses phases et avec sa durée ordinaires, sans complication ultérieure d'orchite.

En présence de ce fait, où se sont accomplies, à quelques jours de distance, l'épreuve et la contre-épreuve, il est bien permis de ne pas invoquer une expérimentation plus étendue et de conclure :

La glace ne peut rien contre l'inflammation de l'épididyme.

Dans l'inflammation du testicule, elle est tout aussi impuissante contre l'élément *phlegmasie* ; et si, dans cette inflammation, elle rend de si grands services, si elle paraît en être le spécifique, c'est parce que, quoiqu'il ne soit alors engendré que par l'inflammation, l'élément *douleur* joue, dans ce cas, le rôle dominant ; qu'elle est si violente, d'ailleurs, que la guérir peut justement être réputé pour avoir guéri la maladie elle-même.

Ainsi c'est contre la *douleur* que l'emploi de la glace est efficace, qu'il doit être réservé. Mais les causes capables de produire cette douleur sont nombreuses et diverses. En voici les principales variétés, telles que je puis les indiquer d'après les souvenirs de ma pratique.

L'espèce qui s'observe le plus fréquemment est celle qui succède à l'épididymite blennorrhagique, et parmi ces malades on la rencontre surtout chez les sujets porteurs d'un varicocèle ; c'est dire que son siége ordinaire est du côté gauche.

Ce n'est là rien moins qu'une névralgie proprement dite ; ses crises, en effet, ne sont pas séparées par des intervalles, et ne reviennent pas en l'absence de causes provoquantes. Elles n'affectent pas non plus cette intensité de souffrances, qui est le propre des névralgies. Enfin, la série des crises, considérée dans son cours entier, ne va point en s'exaspérant d'abord puis en diminuant, comme on l'observe dans la sciatique ou les névralgies

faciales. Tout au contraire, la douleur épididymique durerait cinq ans, que, pendant cinq ans, elle se réveillerait tous les jours avec la même intensité, sous l'action des mêmes causes provocatrices, c'est-à-dire de la marche et de la station debout, s'apaisant, par contre, régulièrement, chaque nuit, pendant le décubitus dorsal.

Pourquoi cette hyperesthésie névralgiforme existe-t-elle chez certains blennorrhagiens ex-épididymaires, et manque-t-elle chez d'autres?... Rien, dans les circonstances de l'épididymite qui l'a précédée, ne peut suggérer de réponse à cette question. De même que tous les blennorrhagiens ne subissent pas l'épididymite, de même que toutes les épididymites blennorrhagiques ne se compliquent pas d'orchite, de même aussi toutes les épididymites ne donnent pas lieu à cette sensibilité locale persistante. La constitution du patient, son tempérament nerveux, sa disposition spéciale d'esprit à analyser munitieusement le fonctionnement des organes génitaux donneraient plutôt la raison de cette maladie, que la coexistence du varicocèle peut, ainsi que je l'ai dit, servir aussi à expliquer.

Quoi qu'il en soit, c'est dans l'application de la glace qu'on trouvera le remède de cette désespérante quoique légère incommodité. Mais ici se présente un écueil imprévu. Les clients de cette catégorie sont à la fois les plus tourmentés de leur mal et les moins disposés à tenter quelque chose de sérieux pour s'en débarrasser. Ils vous assomment de leurs fréquentes visites, de leurs descriptions sans fin, de leurs interminables doléances; puis, quand vous leur faites entrevoir la guérison, mais au prix d'un assujettissement de quelque rigueur et de quelque durée, ils vous échappent en disant que cela ne mérite pas tant de soins, que ce n'est, après tout, qu'un élancement passager, qu'un simple chatouillement...

Il faut connaître cette nature morale sans consistance et sans fonds, il faut avoir pratiqué ces *génitomanes* pour les servir malgré eux. Et la chose en vaut la peine; car voilà des

malheureux voués de par leur épididyme aux atteintes de la dyspepsie, de l'hypochondrie, de la cardialgie, des pertes séminales. Voilà de braves jeunes gens dont les facultés intellectuelles vont être atrophiées, l'éducation entravée, la carrière brisée peut-être par l'influence de ce qu'ils s'obstinent, sur le moment, à qualifier d'insignifiante bagatelle !

Prenez donc en main leurs véritables intérêts, sachez ce qu'il se cache de préoccupation tenace, de désespoir poussant parfois au suicide, sous l'apparent stoïcisme que l'allanguissement moral, fruit de la maladie, leur fait affecter dès qu'il est question d'un remède actif; et obtenez que ce remède soit appliqué.

Les moindres causes, les plus légers traumatismes locaux, un cathétérisme, une position peuvent, chez les sujets ainsi prédisposés, éveiller la susceptibilité névralgiforme. L'année 1856 m'en fournit deux exemples des plus pénibles. Par un effet de ce hasard qui s'observe dans la clientèle civile comme dans les hôpitaux, j'eus, cette année, à quelques mois de distanee, à soigner deux kystes du cordon testiculaire. Ces kystes étant assez volumineux et causant un peu de gêne dans la marche, je consentis, sur la pressante demande des intéressés, à évacuer la poche kystique, me proposant s'il y avait lieu d'y faire, après réplétion ultérieure, l'injection iodée.

Mais, un mois après avoir ponctionné mon deuxième malade, je reçus la visite du premier opéré; il venait se plaindre de ce que, depuis l'opération, des irradiations très-fatigantes, des élancements presque continuels, ayant pour point de départ le lieu même de la piqûre, s'étaient développés et s'étendaient de là vers la fosse iliaque, la cuisse, la hanche et les bourses. Je lui proposai la glace; mais il n'avait pas le temps, disait-il, de se soumettre à un traitement exigeant une contrainte aussi longue. Je le revis plusieurs fois, ne réussis à le calmer qu'incomplétement et l'ai finalement perdu de vue.

Mais, coïncidence fatale ! mon second malade, lui aussi, et presque au même terme, revint, avec des doléances encore plus amères, m'accuser de lui avoir donné par mon opération une névralgie qui l'empêchait de vaquer à ses affaires. C'étaient les mêmes élancements que je viens de décrire, aussi étendus, aussi tenaces mais plus pénibles, vu la susceptibilité nerveuse particulière de ce client. Pour celui-là, je ne cédai pas. Comme il m'accusait assez formellement d'être l'auteur de son mal, je tins à me justifier. Je l'aurais pu par des raisonnements et des exemples ; je préférai le faire par sa guérison. Et en effet, après l'avoir traité quelques semaines par les narcotiques et les révulsifs employés en pareil cas, et lui en avoir bien fait constater l'impuissance, je le soumis à l'action de la glace qui triompha définitivement de cet état aussi attristant pour le médecin que pour le malade.

J'ai remercié la glace ; mais je me suis bien promis, depuis lors, de ne toucher opératoirement aux kystes testiculaires que contraint et forcé..... et j'ai tenu parole.

NOTE

SUR

LES TUMEURS ÉPHÉMÈRES CONGESTIVES DE LA PEAU

Par L. PERROUD,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'espèce particulière de tumeur sur laquelle nous désirons appeler l'attention consiste en une sorte de tuméfaction localisée de nature congestive plutôt qu'inflammatoire et caractérisée surtout par la rapidité de son évolution. Ces tuméfactions circonscrites ne durent que quelques heures, quelquefois seulement quelques minutes. Leur accroissement est si rapide qu'il se fait souvent à vue d'œil ; leur déclin et leur disparition ont lieu aussi très-promptement.

Voici le plus souvent comment les choses se passent :

Le malade éprouve tout à coup, et habituellement sans cause occasionnelle, une légère sensation de cuisson, de chatouillement, de courant d'air ou de tension en un point de la surface cutanée, ordinairement à la face ; averti par cette petite impression prémonitoire, très-souvent il peut annoncer lui-même la poussée d'une de ses tumeurs : en effet, la partie ne tarde pas à devenir le siége d'une tuméfaction qui s'accroît avec rapidité et qui, restant limitée, atteint en peu de temps, et sous les yeux même de l'observateur, la grosseur d'nne noisette, d'un œuf de poule, ou même d'un œuf de dinde et plus.

Cette sorte de tumeur est rénitente, chaude, incolore ou d'un rose pâle et tout à fait indolente. Les malades perçoivent seulement de la chaleur et des battements avec une légère tension

dans les points affectés ; ils n'ont du reste aucune fièvre, n'éprouvent aucun malaise général et se sentent le plus souvent dans leur état de santé habituel.

Les choses restent en cet état quelques minutes ou quelques heures, quelquefois une demi-journée ou même une journée, puis la tuméfaction décroît et disparaît sans cause appréciable, dans le même temps à peu près qu'elle avait mis à se produire, ne laissant sur la peau, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané, aucune trace de son passage.

Ces accidents se reproduisent plusieurs fois pendant la même journée, dans le même point ou dans des parties plus ou moins éloignées : souvent plusieurs poussées s'effectuent en même temps dans des points différents, et les malades restent pendant plusieurs semaines, et même pendant plusieurs mois, sous l'influence de ces congestions bizarres, aussi curieuses par l'extemporanéité capricieuse de leur apparition que par le peu de retentissement qu'elles ont sur l'état général, leur peu de durée et la ténacité qu'elles mettent à se reproduire.

Plusieurs des caractères des tumeurs cutanées dont nous parlons les rapprochent de l'*érythème noueux* ; comme lui, elles font saillie au-dessus de la peau ; comme lui, elles évoluent très-rapidement sans jamais s'ulcérer ou suppurer ; comme lui aussi, elles peuvent se reproduire pendant plusieurs mois prenant ainsi des allures de chronicité. Cependant, quelques différences séparent les deux affections, et me paraissent assez importantes pour en faire deux maladies peut-être voisines, mais distinctes.

Ainsi les *tumeurs congestives* de la peau ne s'accompagnent jamais de fièvre ni de ces douleurs articulaires rhumatoïdes si fréquentes dans l'*érythème noueux ;* elles débutent brusquement sans les malaises prodromiques de l'*érythème ;* elles sont incolores ou à peine rosées et sont loin de présenter la teinte rouge vif ou violacée que l'érythème noueux montre surtout à son centre ; elles peuvent, il est vrai, se produire sur tous les

points de la surface cutanée et même sur les muqueuses comme l'érythème noueux; mais contrairement à ce que l'on constate pour ce dernier, leur siége de prédilection paraît être la face : enfin elles disparaissent complétement sans trace de leur passage et sans laisser ces teintes ecchymotiques qui succèdent habituellement à l'*erythema nodosum.* Ajoutons par anticipation qu'elles ne paraissent pas, comme ce dernier, presque exclusivement liées au rhumatisme ou à la dysménorrhée.

Les tumeurs congestives cutanées nous semblent avoir été peu étudiées; cependant, Graves les mentionne dans ses *Leçons cliniques* (1); il en cite même deux observations intéressantes que nous reproduisons en les abrégeant un peu.

Obs. I. — *Scrofule, tumeurs congestives passagères de la peau.* — Ce premier fait a été recueilli sur un garçon de six ans, d'une santé florissante en apparence, chez lequel cependant Graves soupçonnait l'existence de la scrofule.

Il présentait fréquemment, sur différentes parties du corps, des tumeurs dont le développement était subit et rapide. Ces tumeurs qui étaient parfaitement circonscrites occupaient tantôt les jambes, tantôt les bras, tantôt le tronc : elles étaient le siége d'une chaleur et d'une sensibilité anormales dépendant, selon toute probabilité, d'une congestion locale ou d'une exsudation dans le tissu cellulaire sous-cutané; mais ce qui les distinguait par-dessus tout, c'était la rapidité de leur évolution : elles naissaient et disparaissaient dans l'espace de quatre à cinq heures.

Au bout d'un mois, des inflammations plus persistantes survinrent: Cet enfant présenta successivement l'ophthalmie, l'adénite et les ulcérations scrofuleuses; plus tard les articulations se prirent à leur tour et le malade mourut après un an et demi de souffrance avec tous les signes de la diathèse strumeuse.

Ce fait, ajoute Graves, est réellement très-remarquable en raison du peu de durée des premiers symptômes locaux.

Obs. II. — *Diathèse goutteuse, tumeurs congestives cutanées.* — Dans ce cas, que nous empruntons aussi à Graves, il s'agit d'un goutteux qui, dans le temps, a eu un accès de goutte gastrique.

Actuellement, dit l'auteur, il éprouve d'abord pendant un certain temps de l'abattement et de la faiblesse, puis surviennent des spasmes, de la douleur et un sentiment de plénitude dans l'estomac, après quoi la douleur gastrique disparaît et la face se tuméfie sur différents points.

(1) Graves, *Leçons de clinique médicale*, édit. française, t. I, p. 587.

Le gonflement commence ordinairement sur le front, puis il envahit les joues et les yeux. Le malade ressent d'abord la sensation que causerait un léger courant d'air dirigé contre la face, puis il lui semble recevoir une chiquenaude ou être piqué par une mouche ; s'il se regarde alors dans la glace, il aperçoit tout à coup qu'une tumeur se forme dans la région frontale : en moins d'une demi-heure cette tumeur arrive à la grosseur d'un œuf de pigeon, puis elle descend, c'est l'expression même de ce gentleman, jusqu'à ce qu'elle soit venue fermer les yeux.

Parfois, cette tuméfaction occupe les lèvres ou bien d'autres parties de la face, mais jamais elle ne se développe sur le nez. Des tumeurs du même genre ont apparu également sur divers points du corps, et dernièrement ce malade écrivait qu'il pensait en avoir aussi dans l'estomac.

Pendant que le gonflement envahit la face dont il occupe ordinairement le côté gauche, toute sécrétion cesse dans la fosse nasale correspondante ; de plus, et ce n'est pas le caractère le moins surprenant, ces tumeurs disparaissent au bout de quelques heures, et le jour suivant on ne trouve pas trace de leur existence.

Parfois les lèvres, la bouche, le voile du palais sont pris également, et il en résulte des symptômes fort sérieux.

Ce malade s'est très-bien trouvé de l'iodure de potassium et de la salsepareille aciduléc avec l'acide nitrique. Aujourd'hui, sa santé est notablement améliorée.

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs faits analogues à ceux de Graves ; qu'on nous permette d'en rapporter quelques-uns et de chercher à en déduire les conclusions qui nous semblent en découler.

Obs. III. — *Lymphatisme, tumeurs congestives cutanées.* — Ce fait est le premier qui s'est présenté à notre observation, c'est aussi celui dans lequel les accidents nous ont paru le mieux caractérisés ; il remonte déjà à l'année 1860, et il concerne une dame d'une trentaine d'années environ, d'un tempérament lymphatique et d'une bonne santé habituelle.

Cette dame d'une constitution adipeuse a eu dans sa jeunesse un peu d'*impetigo capitis* et pendant plusieurs mois un catarrhe du conduit auditif externe ; ces accidents, du reste, n'ont laissé aucune trace de leur existence, et c'est au milieu d'une santé assez bonne et sans prodrome que sont survenus les phénomènes de tuméfaction congestive que nous avons décrits dans les pages qui précèdent.

C'est surtout sur la face que les tumeurs apparaissaient chez madame B..., aux lèvres, au front, aux joues, rarement au cou, plus rarement encore sur les parties supérieures du tronc, jamais sur les membres. Elles atteignaient facilement la grosseur d'un œuf de dinde et se faisaient remarquer par la rapidité extraordinaire de leur évolution.

La malade éprouvait, sans cause appréciable, une légère sensation de picotement en un point de la face, à la lèvre supérieure par exemple ou à une paupière : « Voici une enflure qui va commencer », pouvait-elle

prédire, et en effet on ne tardait pas à voir la partie indiquée se gonfler en une sorte de tuméfaction limitée, comme si l'on insufflait le tissu cellulaire dans un point circonscrit; la tumeur se formait à vue d'œil, et en quelques minutes atteignait le volume d'un gros œuf de poule : la peau était tendue, luisante à ce niveau, un peu chaude et à peine congestionnée; la tumeur était rénitente au toucher et ne conservait pas l'empreinte du doigt; elle était indolente et ne durait que quelques heures, quelquefois à peine une demi-heure; elle ne mettait que quelques minutes à décroître et à disparaître et ne laissait aucune trace après elle. Pendant toute sa durée, la malade n'avait ressenti qu'une sensation de tension et de chaleur avec battements dans la partie tuméfiée; pas de malaise général et pas de douleur locale.

Ces accidents se reproduisirent pendant plusieurs mois jusqu'à trois ou quatre fois par jour : quelquefois deux tuméfactions apparaissaient en deux endroits différents et marchaient parallèlement d'une manière plus ou moins régulière, mais toujours en conservant les mêmes caractères.

En dehors de ces poussées congestives, l'état de madame B... était satisfaisant, la menstruation était normale, et l'on ne pouvait noter aucun phénomène morbide de quelque importance.

Le fer et les toniques diminuèrent très-notablement les accidents, soit dans leur fréquence, soit dans leur durée, mais ce fut surtout un traitement général institué aux eaux sulfurées calciques de Brides, où la malade passa une saison pendant deux années consécutives, qui triompha de la curieuse et tenace affection dont nous venons de tracer les traits principaux.

Obs. IV. — *Rhumatisme articulaire aigu antérieur, tumeurs multiples congestives de la peau.* — Louis Buru, tisseur à Vaise, entre le 11 novembre 1861 à l'Hôtel-Dieu.

Cet homme a quarante-quatre ans, il est un peu lymphatique, et n'accuse comme tout antécédent morbide qu'un rhumatisme articulaire aigu généralisé qui dura sept semaines en 1830, mais dont il affirme ne s'être plus ressenti depuis.

L'affection qui l'amène à l'hôpital débuta il y a un mois par le pied droit; il avait alors au cou-de-pied un petit bouton qui devint, dit-il, le point de départ d'un gonflement circonvoisin avec chaleur et un peu de rougeur, mais sans douleur. Cet état dura quelques jours et disparut spontanément; mais depuis lors, il se manifeste de temps à autre, en divers points, des téguments de petites tumeurs indolentes, variant entre la grosseur d'une noisette et celle d'un œuf de poule assez nettement circonscrites, ne gardant pas l'empreinte du doigt et recouverte d'une peau légèrement érythémateuse.

Ces petites tumeurs s'annoncent par une légère cuisson dans la partie; elles s'accompagnent d'une sensation de tension pulsative et elles présentent ceci de remarquable qu'elles se développent très-rapidement, mettent quelques minutes seulement pour arriver au summum de leur accroissement, durent quelques heures, une demi-journée ou une journée, et s'effacent très-promptement et d'une manière complète. Elles se montrent indifféremment sur le tronc, sur les membres, sur la face, deux fois même les accidents se sont localisés sur le gosier.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade porte plusieurs de

ces tuméfactions circonscrites de la peau ; elles siégent surtout à la partie postérieure du tronc et aux avant-bras : quelques-unes datent de la veille, la plupart du matin même ; leur diamètre varie entre celui d'une pièce de 1 franc et celui d'une pièce de 5 francs ; elles ne sont que très-légèrement érythémateuses. Le malade, du reste, n'a pas de fièvre, il se sent très-bien portant, à part un peu de faiblesse et d'embarras gastrique.

Nous croyons inutile de retranscrire ici jour par jour les accidents que présenta Buru, et que nous retrouvons dans nos notes ; nous dirons seulement que son état fut très-médiocrement amélioré et qu'il quitta l'hôpital le 13 décembre, après un mois d'un traitement dont l'acide arsénieux fit la base avec l'administration plusieurs fois répétées, du sulfate de soude ou de l'ipéca, comme adjuvants.

Pendant le séjour du malade à l'hospice, les petites tumeurs congestives apparurent successivement et souvent à plusieurs reprises sur les paupières, le fourreau de la verge, la lèvre supérieure, le voile du palais, le front, l'avant-bras, le tronc, les bourses, les cuisses, le cou, les hanches, la lèvre inférieure, les pieds.

Le 16 novembre, une légère atteinte de voix fit craindre que le larynx ne devînt le siége des accidents, mais tout rentra bientôt dans l'ordre. Le 21, les phénomènes furent plus prononcés, le malade éprouva pendant la nuit, au niveau de la trachée, au-dessous du larynx, une gêne qui augmenta rapidement jusqu'à produire un peu de suffocation. Ces accident disparurent très-promptement dans la matinée. Le 30, c'est dans la bouche qu'ils se manifestèrent : la langue et le voile du palais rougirent et se tuméfièrent un peu, et la salive secrétée en plus grande abondance provoqua pendant quelques heures un crachement pénible, ou même s'écoula en dehors de la bouche. Ces phénomènes s'éteignirent spontanément pour reparaître sans cause appréciable, et d'une manière passagère, le 7 décembre.

Les différents accidents dont nous venons de parler présentèrent toujours les mêmes caractères : durée passagère, rapidité très-grande dans leur évolution, absence d'une cause occasionnelle évidente, disparition sans reliquat aucun. Simple sensation prodromique de prurit avec chaleur au point où doit se produire la petite tumeur, pas de fièvre, état général bon, apparition des poussées congestives surtout pendant la nuit. L'embarras gastrique des premiers jours a été rapidement guéri. Pas de nervosisme.

Obs. V. — *Légères scrofulides antérieures, état puerpéral, tumeurs congestives cutanées.* — A. Noël..., âgée de trente-deux ans et d'une constitution médiocre, exerce aux Brotteaux la profession d'ouvrière en soie.

Cette malade raconte que dans son enfance, elle eut des éruptions humides du cuir chevelu, des maux d'yeux et des inflammations longues et graves des paupières. Elle a encore actuellement tous les attributs d'un tempérament lymphatique exagéré.

Réglée à seize ans, sa menstruation a toujours été régulière et indolente, mais pendant toute sa jeunesse elle a souffert de troubles gastriques, tels que dyspepsie, flatuosités, vomissements, gastralgie revenant par accès irréguliers.

Elle a eu sept enfants : les accouchements ont toujours été faciles et naturels, mais les suites de couches un peu longues.

Lorsque je fus appelé à voir la malade, à la fin de novembre 1861, elle était au quarantième jour d'un accouchement très-heureux, son retour n'avait pas encore paru ; du reste elle avait essayé de nourrir, ce qui ne lui était pas arrivé après ses précédentes couches. Depuis quelques jours, elle éprouvait les accidents suivants :

Tout à coup et sans cause appréciable, elle ressent des battements vers une tempe ; bientôt la paupière du même côté se tuméfie en rougissant très-légèrement ; ce gonflement se produit et augmente très-rapidement, il envahit à vue d'œil le front, la région malaire et le pourtour de l'orbite, en quelques minutes seulement il atteint son summun de développement ; les paupières alors sont tuméfiées et cachent complétement le globe de l'œil qu'il est difficile d'examiner et dont la conjonctive est un peu congestionnée : la malade n'éprouve qu'une légère sensation de gravier dans l'œil en même temps qu'un sentiment de tension et de chaleur dans les parties sans autre douleur.

Cette tuméfaction congestive ne se produit que sur les paupières et au pourtour de l'orbite, tantôt à droite, tantôt à gauche ; parfois elle débute d'un côté pour s'étendre rapidement, en quelques minutes, et sous les yeux de l'observateur, au côté opposé. Les accidents n'ont qu'une durée très-limitée ; en moins d'une heure, souvent la tumeur a accompli toute son évolution sans laisser après elle la moindre trace de son passage.

Habituellement les phénomènes se répètent deux ou trois fois par jour ; parfois cependant, ils ne se produisent que tous les trois ou quatre jours et constamment sans fièvre et sans aucun malaise général.

En dehors des poussées fluxionnaires dont nous parlons, la malade accuse quelques troubles gastriques : elle est très-excitable, pleure facilement et se dit très-nerveuse : cependant elle présente plutôt les attributs du tempérament lymphatique et ceux de la scrofule que ceux du tempérament nerveux ; elle a le nez épaté, la lèvre supérieure épaisse, les yeux petits et les paupières portent des traces évidentes de blépharite ancienne.

Les phénomènes congestifs persistèrent à peu près avec les mêmes caractères pendant deux mois, à peine améliorés par les toniques et les amères, les purgatifs et les vésicatoires ; ils ne cessèrent complétement qu'à la fin du mois de janvier lorsque la malade eut son retour et put être considérée hors de l'influence de l'état puerpéral.

A la fin de février, les accidents ne s'étaient pas reproduits, mais la malade souffrait de temps à autre de sa dyspepsie ; je ne l'ai pas revue depuis.

Obs. VI. — *Herpétisme, dysménorrhée, névralgies, tumeurs congestives cutanées.* — Annette C..., lingère aux Chartreux, vingt-sept ans, bonne constitution, tempérament lymphatique nerveux.

Cette malade raconte que sa mère avait de fréquentes névralgies faciales, c'est là seule affection qu'elle se rappelle chez ses parents.

Elle a été réglée à treize ans, ses règles n'ont jamais été régulières. Depuis cette époque, elle souffre souvent de névralgies faciales revenant à des époques indéterminées sans être influencées par les périodes

cataméniales. Depuis cinq ou six ans, il lui survient pendant l'été, sur les épaules et sur le cou, des éruptions lichénoïdes sèches et très-prurigineuses.

A la fin du mois de décembre 1861, époque à laquelle nous vîmes pour la première fois Annette C..., les accès névralgiques étaient moins fréquents et moins intenses depuis le mois d'avril précédent, mais depuis cette époque elle éprouvait de temps à autre, du côté de l'œil gauche, des phénomènes très-remarquables de tuméfaction congestive.

La malade perçoit tout d'abord sur les paupières de l'œil gauche une sorte de sensation de tension avec chaleur et pulsation, puis les parties se tuméfient rapidement ; en dix minutes les paupières rouges et gonflées cachent complétement le globe de l'œil ; le gonflement s'étend même à une partie de la joue ; la conjonctive est aussi un peu congestionnée et cuisante. Les choses restent à cet état quelques heures, quelquefois même pendant une journée, puis tout rentre dans l'ordre et les parties reviennent complétement à leur état normal.

Ces tumeurs congestives se produisent sans fièvre et sans malaise général, quelquefois trois ou quatre fois dans la même semaine, d'autres fois, à des intervalles variables de quinze jours ou d'un mois. C'est surtout aux époques cataméniales qu'elles ont le plus de tendance à se montrer ; le flux menstruel n'en paraît cependant nullement influencé.

La malade n'éprouve en dehors de ces phénomènes que quelques troubles nerveux, palpitations avec essoufflement facile sans souffle cardiaque ; un peu de décoloration des téguments et d'affaiblissement musculaire, de l'appétence pour les acides, quelques flatuosités abdominales, etc.

Des antispasmodiques unis au fer et aux toniques parurent diminuer l'intensité et la fréquence des accidents congestifs ; des bains sulfureux les enrayèrent complétement. Sous leur influence, il se manifesta au mois d'avril 1862 une éruption eczémateuse subaiguë sur les épaules et sur la face ; depuis lors les tuméfactions passagères disparurent. Quant à cette éruption, après plusieurs alternatives de guérison et de rechute, elle parut s'éteindre pour un certain temps au moins en décembre 1862, époque à laquelle nous avons perdu la malade de vue.

Obs. VII. — *Dysménorrhée, tumeurs congestives cutanées.* — Marie T..., giletière, âgée de trente-deux ans, entre le 21 octobre 1862 à l'Hôtel-Dieu.

Cette malade raconte que depuis deux ans, à la suite d'un refroidissement pendant l'époque cataméniale, les règles se sont supprimées et ont été remplacées par une leucorrhée intense aux époques menstruelles avec écoulement peu abondant d'un liquide clair et roussâtre tachant à peine le linge. Depuis lors, dyspepsie avec gastralgie et redoublement des accidents au moment des règles.

A ces phénomènes se joignent depuis six mois, à toutes les époques cataméniales, des accidents congestifs très-remarquables sur la face et sur les membres, ce sont des tumeurs indolentes variant entre la grosseur d'une amande et celle d'un gros œuf et différentes de l'érythème noueux véritable en ce qu'elles sont à peine colorées, en ce qu'elles disparaissent complétement sans laisser la teinte ecchymotique accusatrice de leur passage, et en ce que leur évolution se fait avec une rapi-

dité extraordinaire : en trois ou quatre minutes en effet, elles ont atteint leur complet développement après s'être annoncées par une simple sensation de picotement ou de chatouillement dans la partie; elles durent seulement quelques heures et disparaissent aussi vite qu'elles se sont formées pour se reproduire en un autre point avec les mêmes allures dans leur évolution et dans leurs caractères physiques.

Ces tuméfactions se manifestent en général deux jours avant l'époque cataméniale et disparaissent pour renaître pendant toute la durée de cette période, puis les accidents cessent jusqu'à une nouvelle époque menstruelle.

Ainsi la malade qui attendait ses règles le 20 octobre, a vu survenir les phénomènes de congestion le 18, et lorsqu'elle est entrée à l'hôpital elle présentait sur la joue droite une tuméfaction qui était survenue le matin même; la veille, les accidents s'étaient produits sur les bras, les jambes et la face dorsale des mains.

Pendant son séjour dans le service, nous pûmes assister à l'apparition et au développement de plusieurs de ces curieuses tumeurs; elles se manifestèrent à plusieurs reprises et en différents endroits sur les membres et sur la face pendant huit jours, puis cessèrent pour se montrer probablement le mois suivant.

La malade quitta l'hôpital le 30 octobre ; nous ne l'avons pas revue depuis. Les emménagogues divers auxquels elle a été soumise n'ont paru avoir aucun effet sensible sur son affection.

Il paraît ressortir des observations précédentes, que les tumeurs congestives éphémères de la peau, dont nous venons de rapporter quelques exemples, sont le plus souvent le fait d'états généraux constitutionnels ou diathésiques.

Nous les avons vues en effet survenir chez des sujets scrofuleux (obs. I et V), chez un goutteux (obs. II), chez une personne herpétique (obs. VI), chez une personne lymphatique (obs. III). Le malade qui fait le sujet de notre observation IV seul paraîtrait être exempt de vice constitutionnel ; notons cependant qu'il a eu dans sa jeunesse un rhumatisme articulaire aigu, et si cette affection n'est pas aussi différente du rhumatisme chronique que quelques auteurs le professent, ne peut-on pas penser que chez notre malade l'affection était de nature rhumatismale ?

Dans l'observation V, l'éruption s'est montrée manifestement sous la dépendance de l'état puerpéral ; le retour de couches, en faisant cesser la puerpuéralité, a mis fin aussi aux poussées congestives qui, jusqu'alors, s'étaient reproduites avec

opiniâtreté malgré tout traitement. Ce fait n'est-il pas en faveur de l'opinion que nous émettions précédemment sur la nature diathésique ou constitutionnelle des tumeurs congestives ? L'état puerpéral constitue en effet une sorte de diathèse spéciale qui a ses manifestations propres et ses dangers : la femme se trouve alors dans un état général particulier qui n'est pas sans analogie avec celui que crée chez elle, soit la période menstruelle, soit l'état dysménorrhéique ; aussi dans ces deux dernières conditions, avons-nous pu constater des poussées passagères de tumeurs congestives. La malade qui fait le sujet de l'observation VII et qui était mal réglée, ne présentait ces accidents que pendant l'époque cataméniale ; il en était de même chez la malade de l'observation VI.

Graves, le seul auteur chez lequel nous ayons trouvé mentionnés les curieux phénomènes de tuméfaction congestive que nous avons décrits, n'hésite pas à les rattacher à un état constitutionnel, et il fait remarquer que l'existence passagère et pour ainsi dire éphémère d'une congestion ou d'une inflammation, est un bon caractère d'un état diathésique. « Nous avons la coutume, dit-il, d'attribuer au processus inflammatoire commun ou spécifique, une durée de plusieurs jours ; or, il arrive assez souvent qu'une diathèse produit des affections locales à caractères inflammatoires dont l'évolution entière s'accomplit dans l'espace de quelques heures (1). »

Nous partageons tout à fait sur ce point les idées de Graves, sans pouvoir cependant considérer avec lui les tumeurs passagères dont il s'agit ici comme des *phlegmasies locales* ; nous croyons avec M. Jaccoud que ces accidents sont bien plutôt de simples congestions localisées, et nous en trouvons la preuve dans leur caractère transitoire et la rapidité de leur évolution.

L'érythème noueux est la seule affection cutanée avec laquelle on pourrait confondre les tumeurs congestives éphémères

(1) Graves, *Leçons de clinique*, t. I, p. 587.

de la peau ; nous avons déjà énuméré, dans les pages précédentes, les principaux signes différentiels qui serviront au diagnostic ; nous ajouterons seulement que ces dernières parcourent leurs différentes phases beaucoup plus rapidement que l'érythème noueux et qu'elles peuvent atteindre un volume beaucoup plus considérable que lui.

Peut-être en raison même quelquefois de ce volume, pourrait-on confondre l'affection dont nous parlons avec certains érysipèles peu colorés : dans ce cas, la méprise ne serait pas de longue durée ; la marche de la maladie lèverait bientôt tous les doutes.

Le pronostic des tumeurs congestives éphémères de la peau se tire tout entier de l'état diathésique ou constitutionnel dont ces accidents ne sont que les phénomènes ; la lésion est insignifiante par elle-même ; elle ne pourrait revêtir de la gravité que par son siége. C'est ainsi que, au larynx ou dans le reste des voies respiratoires, la tumeur pourrait entraîner la suffocation et la mort si elle prenait un volume suffisant. Le malade de notre observation IV nous a présenté en effet des accidents analogues qui, heureusement cependant, n'ont pas eu de suites funestes.

En dehors de la question de siége, le praticien doit peu se préoccuper des manifestations congestives en elles-mêmes ; toute son attention et tous ses efforts se dirigeront sur l'état diathésique qui les entretient. C'est ainsi que le traitement sera avant tout général et variera suivant l'affection constitutionnelle à combattre. Les sulfureux, l'arsenic, les toniques, les alcalins, les eaux minérales diverses, l'hydrothérapie, etc., pourront également réussir. La nature de la maladie en dictera l'emploi.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DES CONCRÉTIONS MEMBRANIFORMES DE L'INTESTIN

Par LE BRET,
Médecin inspecteur des eaux de Baréges.

La Société médicale des hôpitaux de Paris, dans sa séance du 11 décembre 1868, a entendu une communication très-intéressante de M. le docteur Siredey sur l'histoire et les conditions pathogéniques des mucosités intestinales qui accompagnent ou suivent l'expulsion des matières fécales dans certaines circonstances (1). Les observations et les recherches à l'aide desquelles M. Siredey a complété une étude déjà si bien faite d'ailleurs, en particulier par M. Perroud, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, éclairent amplement leur objet. Il m'a semblé utile d'ajouter quelques traits au tableau de cette affection singulière, peu connue jusqu'ici, et à laquelle je crois avoir trouvé un caractère nouveau.

Ma pratique de Baréges m'ayant fourni deux exemples d'expulsion de mucosités intestinales, je les ai recueillis avec autant d'exactitude que le comporte la médecine thermale, et je les soumets comme il suit à l'appréciation de mes confrères.

Obs. I. — Une dame de trente ans, mère d'une enfant, bien réglée, d'un tempérament lymphatico-nerveux, très-impressionnable, avec tendance à l'hystérie, est affectée, depuis quatre années, d'un eczéma intense du pourtour des oreilles, lequel s'étend jusque sur le cuir chevelu et au devant du visage. De pareilles éruptions se montrent au podex et se propagent souvent, particulièrement à l'approche des époques mens-

(1) Voyez *Union médicale*, nos 19 et 23, janvier 1869.

truelles, jusque dans la vulve, où elles déterminent un prurit intolérable. En même temps, il y a issue, par les efforts de défécation, de véritables paquets de fausses membranes, rejetées en abondance avec la matière des selles consistantes, sous l'aspect de gros tubes gélatineux, pelotonnés, de coloration grisâtre, comme il m'a été permis de le constater à plusieurs reprises. Les moyens les plus rationnels ont été employés sans succès contre ces affections. L'état général serait satisfaisant, si la persistance de l'eczéma et des incommodités dont il vient d'être parlé ne jetaient madame Z... dans un découragement fâcheux.

Une cure à Baréges en 1860 (32 bains, deux verres d'eau sulfureuse par jour, purgations) est suivie des plus heureux résultats. Cette dame, revue vers le printemps suivant, n'a plus que des traces eczémateuses dans le sillon postérieur des oreilles; elle assure que la même amélioration s'est produite et maintenue dans les autres siéges de la maladie. Contrairement à ce qui était arrivé l'année précédente, le traitement thermal renouvelé n'amène aucune recrudescence de l'eczéma.

J'ai revu madame Z... à diverses époques, depuis lors, et j'ai toujours eu la confirmation de son rétablissement. Toutefois, il y a deux ans, elle a dû subir une opération chirurgicale motivée par une fistule à l'anus.

Obs. II. — Mademoiselle H..., appartenant à une condition sociale élevée, âgée de vingt-deux ans, brune, d'un tempérament lymphatico-nerveux, avec toutes les apparences d'une constitution florissante, mais manifestement hystérique, bien réglée, est sujette à rendre par les selles des tronçons de fausses membranes, sous forme de tuyaux fragmentés, gélatineux, parfois mêlés à des grumeaux d'aspect purulent, les matières alvines étant le plus souvent moulées et de nature louable. En même temps, à son arrivée à Baréges, peut-être sous l'influence du voyage, on trouve la muqueuse de l'arrière-gorge envahie par une éruption *miliaire*; de petits follicules acuminés, jaunâtres, se détachent sur la coloration rouge-foncé de la muqueuse qui tapisse le voile du palais, les piliers et le pharynx. Cette dernière affection, qui n'a jamais été signalée au médecin traitant, paraîtrait-il, se répète avec une certaine fréquence et me semble reliée très-particulièrement à l'excrétion anormale de la muqueuse de l'intestin.

Il résulte de la note qui m'a été remise que mademoiselle X... a été atteinte, huit mois auparavant, étant à la campagne, d'une entérite assez rebelle. Rentrée en ville, au commencement de l'hiver, et étant encore souffrante, elle essaya, sans succès, d'un traitement homœopathique. Lorsqu'on se décida à recourir à des conseils éclairés, mademoiselle X... avait maigri, se décolorait, manquait d'appétit, éprouvait un malaise général au bas-ventre, accusant par moments des douleurs plus ou moins vives au sacrum, lesquelles descendaient en ceinture et se perdaient aux aines. Il existait alternativement de la constipation et de la diarrhée. Les matières fécales sont signalées alors comme étant enveloppées de fausses membranes et environnées d'une certaine quantité de pus. A des intervalles de six ou huit jours, on y constatait même du pus en nature en assez grande quantité (trois à quatre cuillerées mêlées aux matières). Les jours où devait se produire cet

accident, les douleurs du bas-ventre, du sacrum et des aines, semblaient portées au maximum. Il existait aussi une grande irritation du côté de la vessie, des envies d'uriner répétées, des urines fréquentes. En présence de ces symptômes, des consultants distingués ont cru à la présence probable d'une collection purulente en quelque point du gros intestin ou du bassin. Toutefois, sans qu'on ait eu recours à une médication très-active, la maladie s'est bien améliorée, les accidents ont diminué au point qu'on ne trouve plus de dépôt purulent dans les selles que par intervalles, et une cure de Baréges a été prescrite.

Mademoiselle X... prend vingt-huit bains de la source Darrieu, deux verres du Tambour par jour, et des lavements au quart, demi et tiers de cette même eau du Tambour.

Dans la première quinzaine du traitement, il y a eu diminution graduelle, puis disparition des fausses membranes et du pus dans les selles, qui revenaient régulièrement, chaque jour, compactes et souvent bien moulées. Une crise menstruelle a ramené les douleurs nerveuses, plutôt généralisées toutefois que localisées en un point quelconque. Ultérieurement, le mieux a reparu; les selles étaient très-naturelles et l'état général évidemment reconstitué. Plus de trace de pharyngite.

Mademoiselle X.., s'est mariée l'année suivante, circonstance qui était subordonnée à son entière guérison.

Si l'on compare les observations précédentes avec celles qui ont été publiées sur le même sujet, principalement par MM. Perroud et Siredey, il existe entre elles une concordance frappante de caractères symptomatiques. Dans le premier cas, les productions muqueuses étaient rendues, indépendamment des matières fécales, en pelotons considérables de tubes membraneux, rubanés, cylindriques, rappelant la forme de la tunique interne de l'intestin, tels qu'ils ont été décrits surabondamment et représentant, comme on l'a vérifié au microscope, le produit d'une sécrétion morbide des cryptes mucipares de la membrane la plus interne de l'intestin (Siredey). Chez la malade dont il est question dans la seconde observation, c'était plutôt sous forme de concrétions membraneuses et fragmentées, mêlées ou adhérentes aux scybales, parfois purulentes, qu'apparaissait l'excrétion anormale. Chez l'une, l'expulsion avait lieu d'une manière inconsciente; mais des douleurs dans la région lombaire, se prolongeant jusqu'au devant des aines, semblaient avoir marqué le début de l'affection dans l'autre cas, et il faut signaler encore, à propos de cette observation II, la circonstance d'une

entérite dans les antécédents. Enfin, M. Siredey a été frappé, dit-il, de la fréquence relativement très-grande de l'expulsion de ces productions muqueuses chez des individus névropathiques, concurremment avec les bizarres phénomènes qui sont le partage de l'hypochondrie et de l'hystérie. Il se trouve que les deux personnes qui font l'objet de cette note étaient douées d'une impressionnabilité nerveuse à l'excès et que, chez l'une d'elles même, on avait à remédier à des sortes de crises hystériques passagères. Toutefois, je dois relater, tout en gardant la réserve convenable à cet égard, que ces dames, au moment où elles suivaient une cure à Baréges, subissaient, l'une et l'autre, les conséquences de peines morales qui pouvaient parfaitement rendre compte de leur mobilité d'humeur et des autres phénomènes de nervosisme qu'elles présentaient.

Ce qui me paraît plus essentiel à recommander à l'attention des médecins, c'est la manifestation chez ces deux sujets d'un herpétisme très-caractérisé, et auquel je crois devoir rattacher l'hypersécrétion du mucus intestinal. L'eczéma était, en effet, assez généralisé dans l'observation I, pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y insister. Chez mademoiselle X..., les granulations de la muqueuse pharyngienne sautaient, pour ainsi dire, aux yeux, et avec une multiplicité, une confluence, et en même temps une apparence d'acuité, que j'ai rarement été à même de rencontrer dans la pratique des affections analogues. N'est-on pas en droit de relier les éruptions de la peau avec celles des muqueuses ? D'ailleurs, il ne faut pas négliger les résultats du traitement par les eaux sulfureuses, lequel, dans l'un et l'autre cas, a été suivi de succès et pourrait servir à démontrer la nature de l'affection qui nous occupe. En publiant ces observations, mon seul but a été de contribuer à l'histoire des altérations de l'appareil sécrétoire de l'intestin et d'introduire un élément de plus dans la question, relatif aux vues d'une prédominance de diathèse herpétique dans la formation des fausses membranes intestinales, sauf à l'expérience à vérifier cette proposition.

ÉTUDE CRITIQUE DES MESURES PROPHYLACTIQUES

CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES

PROPOSÉES SPÉCIALEMENT A L'ÉGARD DES MARINS

Par A. LE ROY DE MÉRICOURT (1).

Nous avons pensé qu'il était opportun d'examiner, dans ce recueil, si les dispositions spécialement applicables aux marins, contenues dans quelques-uns des projets de règlement soumis à l'approbation du Congrès (2), sont légitimes, équitables et susceptibles d'être mises en pratique.

Nous aurons surtout à nous occuper du travail présenté par M. le docteur J. Jeannel. Ce savant et très-estimé confrère, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, médecin, depuis dix ans, du dispensaire de salubrité de cette grande cité maritime, a formulé un projet de décret contenant un ensemble de mesures prophylactiques générales contre les maladies vénériennes. Son volumineux mémoire est reproduit, en entier, dans un livre qu'il a publié récemment sous ce titre : *De la Prostitution dans les grandes villes au XIX*e *siècle.* Cet auteur, si compétent en pareille matière, essaye de démontrer que « les matelots de la marine marchande sont les véritables propagateurs des maladies vénériennes dans le monde entier, et il propose une série de mesures, entièrement nouvelles, pour

(1) M. le docteur Jeannel nous a adressé une réponse détaillée à la critique publiée par M. Le Roy de Méricourt des mesures qu'il a proposées contre la propagation des maladies vénériennes. Afin que la discussion puisse être bien comprises, nous reproduisons *in extenso*, sauf de légères coupures, le travail d'ailleurs fort intéressant de M. Le Roy de Méricourt. A. D.

(2) Voyez *Congrès médical international de Paris*, août 1867, p. 305-430 Paris, 1868, Victor Masson et Fils, P. Asselin.

tarir cette source immense et indéfinie d'infection. » Simultanément, M. le docteur Rey, médecin de 1re classe de la marine, un de nos zélés et affectionnés collaborateurs, a également adressé au Congrès un projet de règlement sanitaire dans lequel il formule, à l'égard des marins, à peu près les mêmes prescriptions que M. le docteur Jeannel.

Nous examinerons d'abord quel a été le point de départ du système adopté et préconisé par notre très-honorable confrère de Bordeaux. Puis nous examinerons parallèlement les articles des règlements proposés par MM. Jeannel et Rey, à l'égard des marins.

« Les marins des navires marchands, français et étrangers, dit M. Jeannel (p. 367), qui arrivent dans nos villes maritimes, après avoir abordé les ports où les prostituées ne sont soumises à aucun règlement sanitaire, sont la cause du renouvellement et de la propagation de l'infection vénérienne. »

Si c'est de l'Amérique, ce qu'il importe assez peu de savoir aujourd'hui, que la syphilis nous est venue, il faut avouer que la vieille Europe l'a bien rendue aux *nouveaux mondes*. Ce sont, en effet, les marins, les baleiniers surtout, qui ont infecté l'Océanie, le littoral des mers du Sud et tant d'autres localités où ce fléau était inconnu. Mais à notre époque, les maladies vénériennes sont trop universellement répandues et entretenues pour qu'on puisse faire la part de l'importation exotique dans leur renouvellement chez tel ou tel peuple du monde civilisé. Nous reconnaissons, avec M. Jeannel, que tous les grands ports sont des foyers actifs d'infection, mais cela tient-il *surtout* à ce que les marins arrivant du large viennent sans cesse apporter de nouveaux aliments à la contagion? Verrait-on, comme en est convaincu notre honorable confrère, les ravages de la syphilis diminuer très-sensiblement dans les ports et, par suite, ce qui serait le but à atteindre, dans toutes les localités du continent, si tous les nouveaux débarqués étaient purs de contamination vénérienne? Nous ne le pensons pas.

Toutes les causes susceptibles de développer la prostitution sur une vaste échelle dans les cités populeuses, particulièrement au sein des villes qui renferment une nombreuse garnison, existent et existeront toujours également dans les grands ports. *De même que les soldats, les marins qui naviguent au long cours sont, pour la plupart, célibataires, ou du moins momentanément dégagés des liens de la famille; plus que les soldats peut-être, ils sont adonnés aux excès alcooliques qui conduisent aux excès vénériens, à la débauche. Une fois à terre, soit en partance, soit au retour d'une campagne, ces hommes sont libres de toute discipline, ils possèdent, d'un seul coup, des sommes d'argent relativement élevées, ils sont enfin avides des plaisirs faciles que leur offre cette terre qu'ils vont quitter pour longtemps ou qu'ils revoient après plusieurs mois d'abstinence. Comme conséquence fatale et nécessaire, au milieu de ces agglomérations de matelots, dans la force de l'âge, livrés, sans frein, à toutes leurs passions, la prostitution, sous toutes ses formes, s'étend tellement qu'il n'est pas de municipalité, quelle que soit l'activité de son service de salubrité, quelles que soient ses ressources hospitalières, qui puisse suffire, par elle-même, à la séquestration ou au traitement des individus contaminés, de l'un et l'autre sexe. Si donc un certain nombre de marins, en important des maladies contractées ailleurs, contribuent à entretenir les maladies vénériennes dans les localités maritimes, un plus grand nombre encore, à notre avis, contractent, à l'arrivée dans les ports, des maladies qu'ils n'avaient pas, ou emportent, au départ, des germes d'infection qu'ils vont semer partout.* Mais, il ne faut pas l'oublier, l'échange impur dont les marins sont les intermédiaires, se produit également dans le monde entier par les voyageurs qui suivent les voies de terre. Remarquons, en outre, que les matelots de long cours, les seuls dont il y ait réellement lieu de se préoccuper, par le fait seul de leur profession, forment l'unique catégorie d'hommes libres, en dehors

des ordres religieux, qui sont, pendant un temps plus ou moins long, chaque année, absolument privés de toutes relations sexuelles. Il en résulte, qu'à nombre égal, les soldats doivent naturellement beaucoup plus contribuer à accroître les ravages de la syphilis que les matelots; et c'est là, tout le monde le reconnaît, une des plus fâcheuses conséquences des grandes armées permanentes.

Certaines nations, par l'absence de toutes mesures de police relatives à la prostitution, sont beaucoup plus infectées que d'autres. C'est ce qui a lieu pour l'Angleterre. On trouve, qu'après la station de la Chine et du Japon, ce sont les équipages des bâtiments qui sont en communication directe et plus ou moins fréquente avec les ports du littoral de la métropole (*home station* et *irregular station*), qui offrent, de beaucoup, la plus forte proportion de vénériens.

Si cette nation est aussi profondément atteinte de cette plaie sociale, cela tient-il à ce qu'elle est la première puissance maritime? nous ne le pensons pas. La véritable cause vient de ce que, par suite de son respect excessif pour la liberté individuelle, la prostitution a, jusqu'à présent, marché chez elle sans entrave et sans contrôle. Ce qui tend à le prouver, c'est que la proportion des vénériens pour 1000 hommes d'effectif de l'armée de terre britannique, à l'intérieur, est supérieure à celle de l'armée de mer, pour les mêmes années : en 1860, l'armée de terre avait 306 vénériens sur 1000; en 1862 et en 1863, 318; en 1864, 290.

L'absence et l'insuffisance des moyens de surveillance de la prostitution, le défaut de ressources hospitalières, ou la mauvaise organisation du traitement des maladies vénériennes, telles sont les véritables sources des dommages si graves que la syphilis inflige aux sociétés modernes. M. Jeannel le proclame hautement à chaque page de son livre, mais exerçant dans un grand port de commerce, il a été conduit à diriger particulièrement les mesures préventives contre les matelots de la ma-

rine marchande. Pour étayer l'assertion qui sert de base à son système, il a cherché à évaluer, numériquement, la part qui revient aux marins dans la propagation de la syphilis. « Le nombre total des marins français ou étrangers qui abordent, chaque année, dans les ports français arrivant des ports étrangers par 28 395 navires, est de 31 6000 (1). Admettons, dit M. Jeannel, que parmi eux le nombre des hommes atteints de maladies vénériennes ne soit pas de 5 pour 100, soit un cinquième seulement de ce qui a été trouvé en Angleterre, lors de l'examen des recrues pour la milice ; c'est donc le nombre effrayant de 15 800 vénériens qui vient, chaque année, entretenir et renouveler, chez nous, l'infection vénérienne. » Ce chiffre 316 000 est emprunté à la *Statistique commerciale publiée par la Direction des douanes.* Or, les états de navigation qui sont fournis à l'administration par le service des provinces de l'empire présentant, en bloc, les résultats qui se rapportent à chaque bureau, ne tiennent pas compte des répétitions de chiffre d'équipages, produites par la circulation des bâtiments qui font des services réguliers, ou reviennent, plusieurs fois dans l'année, au même port de France.

Cette évaluation est donc fictive et évidemment exagérée, au point de vue qui nous occupe. Ce procédé d'évaluation du nombre d'hommes qui fréquentent nos ports est aussi vicieux

(1) M. Jeannel reconnaît lui-même que ce chiffre de 316 000 devrait subir une forte réduction, s'il devait représenter le nombre exact des hommes. Beaucoup de navires, en intercourse avec l'Angleterre, la Hollande, l'Italie, l'Espagne, le Levant, etc., effectuent, chaque année, plusieurs voyages. « Mais on conçoit, ajoute notre confrère, que cette considération n'infirme pas mon raisonnement. Le même homme, entrant, chaque année, plusieurs fois dans un port, peut y rapporter *plusieurs fois* l'infection vénérienne qu'il est allé puiser dans les ports étrangers. » M. Jeannel veut sans doute parler seulement des affections blennorrhagiques ; car il sait, mieux que personne, que la syphilis ne peut être guère contractée plusieurs fois dans une année par un même homme. En tout cas, M. Jeannel devrait appliquer le même raisonnement aux commis-voyageurs, par exemple, qui peuvent dans une même année infecter un plus grand nombre de personnes encore, dans des localités différentes.

que celui qui consisterait à évaluer le nombre des figurants qui défilent sur une scène théâtrale, sans tenir compte du nombre de fois que ce même groupe d'hommes disparaît derrière la toile de fond et reparaît sur la scène. Pour l'année 1866, le résumé des mouvements de la navigation avec l'étranger, les colonies et la grande pêche, fournit, pour l'entrée, un total de 371 437 marins, dont 146 090 matelots français et 225 347 matelots étrangers, arrivés sur 32 701 bâtiments !

Aux chiffres fournis par la statistique douanière, pour l'année 1864, nous opposerons le total des matelots français inscrits au 1er juillet 1868, d'après les documents officiels du ministère de la marine. Ce nombre est de 80 000, qui se décompose de la manière suivante : 28 000 hommes naviguant au long cours ; 27 000 occupés au cabotage et à la petite pêche; 25 000 marins embarqués sur les navires de l'État. De ces trois catégories, la première, seulement, peut être légitimement accusée d'importer des ports étrangers des germes d'infection, attendu que les caboteurs s'éloignant fort peu du littoral de l'empire, abordant, le plus souvent, dans de petites localités, où la prostitution est peu répandue ou nulle, ayant, enfin, des mœurs beaucoup moins dissolues que celle des matelots de long cours, fournissent certainement moins de vénériens que les ouvriers des grandes villes.

« En Angleterre, en 1859, lors de l'examen des recrues pour la milice, les sujets atteints des symptômes vénériens ont été trouvés dans la proportion de 25 pour 100 ou 250 pour 1000. »

Ce fait, à notre avis, n'a aucun rapport avec l'inconnue que nous cherchons à déterminer, attendu que cette proportion est empruntée à la nationalité qui est hautement reconnue pour être la plus infectée, et qu'il s'agit, en outre, d'une catégorie d'hommes dans des conditions entièrement différentes de celles de nos matelots.

« Le rapport des vénériens à l'effectif de la garnison, dans les villes de Marseille (de 1861 à 1865) et de Bordeaux (1862 à 1866), est de 65 pour 1000 pour la première ville et de 55 pour 1000 dans la seconde. »

Ces chiffres montrent quelle énorme différence il existe, sous le rapport de la fréquence des maladies vénériennes, entre les localités maritimes de l'Angleterre et les grands ports de commerce de France qui jouissent des bénéfices d'un service de salubrité bien organisé. Mais pour que ces chiffres vinssent à l'appui de la thèse soutenue par M. Jeannel, il faudrait que la proportion de vénériens parmi les soldats en garnison dans des localités telles que Bordeaux et Marseille fût, de beaucoup, plus considérable que celle des villes de l'intérieur de la France pourvues également d'un dispensaire. C'est ce qui n'a pas lieu : à Lyon, par exemple, après avoir réduit *d'un cinquième* (ce qui nous paraît énorme) la proportion annuelle des vénériens, en raison du grand nombre de malades de passage, étrangers à la garnison de cette ville, cette proportion se rapproche très-sensiblement de celle de Bordeaux et de Marseille. Elle était, à Lyon, en 1860, de 97; en 1861, de 83; en 1862, de 68 ; en 1863, de 55; en 1864, de 53.

M. Jeannel attache une certaine importance également à la statistique des vénériens dans les hôpitaux de la marine des cinq ports militaires de l'empire, en 1859.

Cherbourg	517
Toulon	875
Lorient	246
Brest	1,500
Rochefort	541
Total	3,667

Or, ce document ne peut en rien nous éclairer sur la part que les marins prennent à la propagation de la syphilis. Ces chiffres sont, il faut l'avouer, sans valeur au point de vue qui

nous occupe; en effet, il est impossible d'abord de connaître l'effectif qui a fourni cette proportion de vénériens, en raison des mouvements continuels des navires de guerre; de plus, M. Jeannel n'a pas songé que ces résultats comprennent, non-seulement les marins de l'État, mais encore les différents corps de troupes de la marine (artillerie, infanterie), tous les corps entretenus et les ouvriers des arsenaux, qui ne contractent la syphilis que dans les ports où ils résident, absolument comme les soldats de l'armée de terre. Si, dans quelques-uns de ces ports le chiffre des vénériens est relativement aussi élevé, cela tient, *uniquement*, à ce que le service de la prostitution est très-mal fait ou à peu près illusoire, et que les hôpitaux civils de la localités ne traitent pas, pour ainsi dire, les prostituées malades.

De cette discussion, il résulte pour nous que nous ne possédons aucun élément sérieux capable de faire apprécier la part prépondérante que les marins de commerce prendraient dans la propagation et le renouvellement des maladies vénériennes. Or, avant de soumettre aux législateurs des mesures spécialement applicables à cette catégorie d'hommes, il faudrait établir très-péremptoirement que, toutes choses égales d'ailleurs, les ports, et les ports de commerce surtout, sont, de beaucoup, plus infectés que les villes de l'intérieur, par le seul fait des arrivages d'outre-mer.

Quoi qu'il en soit, notre honorable confrère de Bordeaux arrive à conclure que : « *toutes les mesures opposées à la propagation des maladies vénériennes demeureront impuissantes tant que les matelots de la marine marchande ne seront pas soumis à une visite sanitaire, et tant que les vénériens trouvés parmi eux ne seront pas séquestrés.* »

Nous nous empressons de reconnaître avec M. Jeannel qu'on ne pourra réaliser un progrès sérieux en matière de prophylaxie vénérienne que du jour où des mesures uniformes générales auront été adoptées, après discussion, dans une confé-

rence internationale. Malheureusement nous craignons beaucoup que le jour de la réunion des membres de ce congrès hygiénique ne soit encore indéfiniment éloigné.

En admettant que ce projet se réalise jamais, il est une première difficulté qui nous paraît insurmontable, c'est l'adoption, par toutes les nations représentées dans le congrès, d'un article ayant force de loi, et rendant la visite sanitaire obligatoire, à l'égard d'individus autres que ceux qui appartiennent à des corps militairement organisés. Une mesure si grave ne pourrait être mise en vigueur qu'à la condition d'être acceptée par toutes les nations du monde civilisé et d'atteindre tous les individus de sexe masculin, au moins, *sans exception.* En effet, si les prescriptions quarantenaires sont exécutables et exécutées, c'est parce qu'elles portent sur *tous* les individus embarqués à bord des navires suspects ou infestés. M. Jeannel, non-seulement exempte de cette visite les capitaines et les officiers, mais encore les passagers (1). N'y aurait-il pas une injustice flagrante, irritante, à vouloir faire peser uniquement une mesure vexatoire sur les quelques matelots qui composent l'équipage d'un navire chargé de passagers, pendant que le capitaine, les officiers et les passagers de toute catégorie descendraient librement à terre? Comment admettre qu'un malheureux marin qui, après plusieurs années de cette vie si rude, passées à la mer, aura, pendant une relâche, dans un jour d'ivresse ou d'oubli, contracté une maladie vénérienne, soit soumis à une visite personnelle, humiliante parce qu'elle n'atteindrait que lui et ses pairs, et soit séquestré, à son arrivée au

(1) Après les mesures sanitaires que j'ai proposées, concernant les équipages de la marine militaire marchande, il resterait sans doute à regretter que l'importation des maladies vénériennes par les passagers des navires, comme par les voyageurs qui franchissent les frontières terrestres, pût continuer librement; mais je ne crois pas que, dans l'état actuel de nos mœurs européennes, il soit possible de songer à soumettre les arrivants à des visites sanitaires et à la séquestration. De ce côté, le problème paraît insoluble.... » (*De la Prostitution*, etc., p. 380.)

port, tandis que le passager de chambre, que son éducation et même sa position sociale auraient dû garantir de toute souillure, pourra impunément continuer à terre le cours de ses débauches, alors qu'il sera peut-être plus infecté que le matelot lui-même? C'est impossible; ce défaut seul de généralisation dans la mesure qui fait la force du projet de règlement de MM. Jeannel et Rey suffit, à notre avis, pour le rendre inacceptable.

Passons néanmoins à la discussion des principaux articles de ce projet de décret.

Les plans de réglementation internationale relative à la prophylaxie des maladies vénériennes, proposés par MM. Jeannel et Rey, ne diffèrent guère que dans les détails. Aussi, pour simplifier notre étude, nous reproduisons seulement le texte du projet du docteur Jeannel, qui est plus complet, renvoyant nos lecteurs qui désireraient connaître celui de M. Rey, au volume publié sur le *Congrès de* 1867, dans lequel il se trouve consigné.

Pour M. Jeannel, la prophylaxie des maladies vénériennes comporte deux institutions distinctes : 1° *des visites sanitaires*; 2° *des lazarets-hôpitaux*.

1° VISITES SANITAIRES.

Art. 1er. — *Le capitaine de tout navire en partance doit être muni d'un certificat de santé concernant, nominativement, les hommes de son équipage et revêtu du visa du consul de sa nation.*

Art. 2. — *Ce certificat sera délivré par le médecin sanitaire attaché au consulat de la nation à laquelle le navire appartient.*

Art. 3. — *Les hommes trouvés malades seront retenus à terre, et ceux qui seront trouvés atteints de maladies contagieuses, seront séquestrés, jusqu'à guérison, dans un hôpital spécial.*

On sait combien le commerce accepte difficilement toute mesure susceptible d'apporter la moindre entrave à ses mouvements. Le système quarantenaire actuel, tout mitigé qu'il soit, est encore supporté avec impatience, et bien qu'il n'ait à exercer ses rigueurs que de loin en loin, pour quelques localités et à l'égard d'une certaine catégorie de navires, il n'en soulève pas moins de vives résistances et souvent des réclamations ardentes. Que serait-ce, si les gouvernements imposaient à *tout navire en partance*, la visite sanitaire des équipages! Cette visite portera-t-elle sur les équipages des paquebots, des caboteurs? dans l'affirmative, quelles complications n'entrevoit-on pas? quel personnel médical spécial ne faudrait-il pas pour en assurer l'exécution? Mais, pourquoi soumettrait-on à cette mesure les hommes qui vont, par mer, d'un point à un autre du littoral, pendant que les individus qui font le même trajet, par terre, en sont exempts?

Bien que M. Jeannel ait rédigé cet article d'une manière aussi générale et aussi absolue, il n'est pas possible qu'il soit entré dans sa pensée de comprendre les équipages des bâtiments qui ne se livrent qu'au cabotage. Si l'article en question ne s'applique qu'aux navires de long cours, à quel moment se fera cette visite? Si elle a lieu au moment de l'engagement des hommes par les armateurs, ce qui se fait déjà généralement, par les soins des armateurs eux-mêmes, elle sera à peu près illusoire au point de vue de la syphilis. En effet, les équipages des navires de commerce qui arment pour une campagne, ne viennent à bord qu'au dernier moment. C'est précisément à partir du jour où ils ont touché leurs avances, jusqu'au jour de l'appareillage, qu'ils s'exposent le plus à l'infection syphilitique. *On ne peut songer à reporter cette revue au moment où le navire est expédié en douane, comme le demande M. Rey; car alors, si plusieurs hommes étaient reconnus atteints de maladie vénérienne, et, par suite, débarqués, séquestrés dans un hôpital, l'équipage serait démembré et le navire*

retenu jusqu'à ce que son personnel pût être complété. Quelles perturbations pour le commerce, quelles tempêtes ne soulèverait-on pas !

Mais avant de parler de débarquement, de séquestration, il eût fallu bien préciser ce qu'il faut entendre par *maladies contagieuses*? Comprendra-t-on, sous cette dénomination, tous les accidents transmissibles qualifiés *vénériens*, c'est-à-dire les maladies syphilitiques proprement dites et les accidents blennorrhagiques? Ni M. Jeannel, ni M. Rey, ne se prononcent sur cette grosse question. Il nous paraît impossible qu'on songe jamais à faire débarquer d'un navire en partance, et à séquestrer de force, dans un hôpital, *jusqu'à guérison*, un matelot de commerce, parce qu'il aura été reconnu atteint d'une uréthrite plus ou moins aiguë. Si les rigueurs du règlement sont réservées uniquement pour les accidents syphilitiques, nous nous trouvons en présence d'un autre embarras. L'administration n'ayant qualité pour intervenir que dans le but unique de restreindre la propagation des maladies transmissibles, il faudrait pouvoir spécifier exactement quels sont les accidents réellement contagieux. Or, quel sera le médecin capable de préciser à partir de quel moment tel accident syphilitique est, ou n'est plus transmissible; sans compter la difficulté de s'entendre sur la puissance infectante de la *chancrelle*, du *chancre mou*, du *chancre mixte*, etc., etc., et des *accidents secondaires ?* On voit de suite à quelles énormes difficultés se heurterait l'application de cette mesure, sous ce rapport.

Mais ce n'est pas tout : ceux qui connaissent le matelot du commerce, comprendront quelles résistances on rencontrerait, s'il fallait lui imposer cette visite personnelle, d'autant plus humiliante, vexatoire, qu'elle n'atteindrait ni le capitaine, ni les *officiers*, ni les passagers ; surtout quand il saurait combien elle peut être préjudiciable à ses intérêts matériels. Non-seulement, en effet, s'il est reconnu vénérien, il perd ses avances, mais il est *séquestré* dans un hôpital ! Le médecin chargé de

cette pénible mission devrait, nécessairement, être protégé par la gendarmerie maritime, qui aurait fort à faire, pour escorter les délinquants à l'hôpital spécial. Et si l'hôpital n'a pas de lit vacant, allez-vous consigner le vénérien *au dépôt*; en attendant une place, allez-vous faire de cet homme libre un prisonnier?...

Art. 4. — *Les malades vénériens qui ne pourront ou ne voudront payer les frais du traitement, seront traités aux frais de leur gouvernement respeetif.*

Autant vaudrait dire que les frais de traitement seront supportés par les gouvernements; car, du moment qu'ils sont conduits, de force, à l'hôpital, les matelots malades se refuseront à faire les frais de ce traitement administratif. Toutes les puissances civilisées qui ont une marine de commerce, auront alors un compte ouvert dans tous les ports de toutes les parties du monde. Mais n'entrons pas dans les difficultés financières, et restons sur le terrain médical. Le moyen que propose M. Rey, et qui consiste à faire supporter les frais par la caisse des invalides, est tout simplement impossible.

Art. 6. — *Tout navire arrivant ne pourra être admis en libre pratique qu'après la visite sanitaire de son équipage.*

Nous avons vu que la visite sanitaire, au départ, offrait de graves difficultés; cette visite, à l'arrivée, en offre encore de plus graves; à ce point que M. Jeannel ne la propose que timidement.

« Il est à présumer, dit-il, que si la visite, au départ, était généralisée dans le monde civilisé, la visite, à l'arrivée, perdrait beaucoup de son importance hygiénique et peut-être pourrait-elle être abandonnée. »

Et cependant, il faut le reconnaître, si cette visite était possible, elle ne tarderait pas à donner des résultats précieux. Les pays qui jouissent d'un service de salubrité bien organisé, auraient évidemment beaucoup à gagner en se mettant en garde contre l'importation de maladies syphilitiques puisées dans des

localités où la prostitution est entièrement libre, non-seulement sous le rapport de la fréquence des cas, mais surtout sous le rapport de leur gravité insolite. Nous sommes convaincus, par les faits que nous avons observés, que le virus provenant de certains pays tels que la Chine, le Japon, le Chili, le Mexique, offre souvent une activité, une puissance comparables à celles de la syphilis au moyen âge. Il semblerait que l'absence de tout traitement rationnel de la vérole chez certaines populations, tend à conserver à cette affection cette effrayante gravité qu'elle ne présente pour ainsi dire plus, de nos jours, en Europe. Ce qui rendrait la visite, à l'arrivée, encore plus désirable, comme le dit avec raison M. Jeannel, « c'est que la patente nette, délivrée au départ, dans tous les ports d'armement, ne suffirait pas pour assurer l'intégrité sanitaire des hommes à l'arrivée, en raison de l'incubation des maladies qu'ils auraient pu contracter peu de temps avant leur embarquement, et à cause de celles qu'ils auraient pu contracter pendant les relâches. »

Art. 7. — *Cette visite sera faite par le médecin sanitaire attaché au consulat de la nation à laquelle le navire appartient.*

Art. 8. — *Les hommes trouvés atteints de maladies contagieuses quelconques, seront séquestrés jusqu'à guérison, ainsi qu'il a été dit ci-dessus*, articles 3 et 4.

Si les mesures quarantenaires relatives au choléra, à la fièvre jaune, au typhus, sont applicables et appliquées, c'est parce qu'elles portent sur des navires contaminés ou suspects, dont le personnel ou le chargement pourrait importer, dans une localité maritime, une maladie épidémique et transmissible *qui n'y existe pas*. Mais, comment songer à refuser la libre pratique à des matelots, uniquement parce qu'ils seraient atteints d'accidents syphilitiques transmissibles, pendant que des passagers, parfois plus infestés qu'eux, descendraient à terre, et alors qu'il est patent, avéré, que la vérole règne sous toutes

ses formes, en permanence, dans la localité que vous prétendez préserver? Comment, vous enfermerez dans un lazaret ces malheureux qui pourront avoir une ou deux années d'absence, vous les signalerez, par ce fait seul, comme vénériens à leur famille, à leurs amis, tandis qu'ils recevront les visites d'habitants de la ville qui seront peut-être plus syphilisés qu'eux! D'ailleurs, c'est à l'arrivée qu'il faudrait voir la résistance désespérée que les matelots du commerce, dont l'engagement finit souvent à l'instant du mouillage, opposeraient aux agents du service sanitaire. Quelle est le médecin qui accepterait des fonctions aussi répugnantes et aussi difficiles? Pour nous, cette idée, excellente en théorie, nous paraît absolument impraticable.

Le nouveau régime proposé par M. Jeannel comporte, comme conséquence nécessaire, l'organisation d'hôpitaux-lazarets pour la séquestration et le traitement des hommes trouvés atteints de maladie vénérienne. Après la discussion à laquelle nous venons de nous livrer, nous croyons inutile de passer à l'examen du projet relatif aux hôpitaux-lazarets qui, d'ailleurs, ne soulève que des difficultés financières et administratives.

Bien que dans notre opinion, le système proposé par M. Jeannel et par M. Rey soit impraticable, nous croyons cependant qu'il y a de grandes améliorations susceptibles d'être réalisées sous le rapport de la prophylaxie des maladies syphilitiques. Ainsi, nous faisons des vœux sincères, avec le savant hygiéniste de Bordeaux, pour que les nations civilisées adoptent, d'un commun accord, la meilleure réglementation possible de la prostitution. Nous désirons sincèrement voir multiplier les dispensaires et le nombre des lits réservés, dans les hôpitaux, aux malades vénériens. Nous avons foi dans l'efficacité des mesures préventives prises dans les corps de troupes, et l'on ne saurait trop veiller à leur exécution ; mais aller au delà, ce serait, à notre avis, entrer dans le domaine de l'utopie.

A

M. LE DOCTEUR A. LE ROY DE MERICOURT.

Bordeaux, 15 janvier 1869.

Mon cher confrère,

J'ai lu avec la plus grande attention votre *Étude critique des mesures prophylactiques contre les maladies vénériennes proposées spécialement à l'égard des marins*, que vous avez insérée dans les *Archives de médecine navale* (1868, n° 12) et dans la *Gazette hebdomadaire* (1868, n° 51).

Permettez-moi de discuter quelques points de votre travail.

Je trouve que vous vous faites la part trop belle dans l'argumentation que vous développez pour annuler ma supputation de la proportion des vénériens parmi les matelots de la marine marchande.

Lorsqu'un problème ne peut pas être attaqué directement, il est logique de l'aborder par un ensemble de preuves dont le concours entraîne la conviction, bien que chacune d'elles soit réellement insuffisante.

Aussi, quant à cette question il me semble que vous vous êtes assuré un trop facile triomphe en combattant quelques-uns de mes arguments détachés sans en reproduire le faisceau.

Je me fonde sur des faits de plusieurs ordres : 1° En Angleterre, en 1853, lors de l'examen des recrues pour la milice, les sujets atteints de symptômes vénériens ont été trouvés dans la proportion de 25 pour 100.

2° D'après Acton, sur 13 081 malades entrés dans le service de chirurgie à l'hôpital de Greenwich, dans une période de cinq ans, de 1837 à 1841, les vénériens ont figuré pour 3703, soit presque le tiers du nombre total des malades.

3° D'après M. Didiot, dans la garnison de Marseille, la moyenne annuelle pour la période de 1861 à 1865 a été de 124 malades pour 1000 hommes d'effectif; à Bordeaux, d'après mes propres recherches, la moyenne annuelle pour la période de 1862 à 1866 a été de 55 malades pour 1000 hommes d'effectif.

4° D'après M. Rochard, « plus du quart des marins et des » soldats est infecté tous les ans ; les vénériens entrent pour un » cinquième dans le nombre des malades admis à l'hôpital de » Brest ».

5° Le tableau statistique des vénériens et des journées de vénériens dans les hôpitaux de la marine des cinq ports militaires de l'Empire français, en 1865, offre un total de 3677 malades.

Et j'ajoute : « Ce sont là sans doute des indications plutôt que des preuves directes ; elles me paraissent avoir pourtant une valeur réelle pour faire admettre que la proportion de 5 pour 100 de malades annuellement parmi les matelots de la marine marchande est extrêmement modérée.

Tel est mon premier faisceau d'arguments ; voici maintenant le second dont vous ne faites pas mention dans votre critique.

La proportion des malades parmi les femmes qui échappent aux visites sanitaires périodiques, peut aussi donner une idée de la proportion des malades parmi les hommes qui s'exposent fréquemment comme elles à l'infection, et qui ne subissent comme elles aucune contrainte quant à la cure de leurs maladies.

Et d'ailleurs, la statistique des malades parmi les prostituées clandestines arrêtées dans nos villes, où la surveillance est organisée, nous permet de mesurer approximativement le danger auquel les matelots sont exposés dans les villes où la prostitution n'est l'objet d'aucune mesure sanitaire.

1° A Paris, de 1816 à 1828, les prostituées clandestines arrê-

tées par la police ont été trouvées malades dans la proportion de 28 pour 100, et de 1845 à 1854 dans la proportion de 19 pour 100 ; cette proportion de 19 pour 100 de malades se retrouve encore en 1866. Dans diverses circonstances les prostituées clandestines ramassées à Saint-Cloud, à Boulogne, à Sèvres et aux alentours des casernes de la capitale, ont été trouvées malades dans la proportion de 40 à 50 pour 100.

2° A Strasbourg, la proportion des prostituées clandestines trouvées malades s'est élevée d'abord à 83 pour 100 ; cette proportion était encore de 73 pour 100 en 1854, de 50 pour 100 en 1855, et de 32 pour 100 en 1856.

3° A Bordeaux, la proportion des malades parmi les prostituées clandestines, qui était de 49 pour 100 en 1859 avant la réorganisation du service sanitaire, était encore de 25 pour 100 en 1867.

Tout en reconnaissant que les évaluations fondées sur des faits plus ou moins similaires sont sujettes à controverse, je pensais qu'on n'hésiterait pas à conclure avec moi que si 316 000 marins débarquent annuellement dans nos ports, l'infection vénérienne y est apportée au moins par 5 pour 100 de cet effectif, c'est-à-dire par 15 800 malades. Car si les filles non visitées régulièrement sont malades dans la proportion de 19 pour 100 à Paris, de 25 pour 100 à Bordeaux, où le service sanitaire est très-bien organisé ; si les prostituées sont infectées dans la proportion de 50 pour 100 au moins dans les villes où il n'existe pas de service sanitaire, l'évaluation de 5 pour 100 de malades parmi les marins qui fréquentent ces filles ne saurait paraître exagérée.

Eh bien, je dis que vos escarmouches relatives à la valeur absolue de quelques-uns des documents que je cite, ne détruisent point l'évaluation manifestement très-modérée à laquelle je suis parvenu.

Il est vrai que vous voulez réduire le chiffre officiel des 316 000 marins débarqués annuellement dans nos ports parce

que ce chiffre comprend les équipages en intercourse avec les pays voisins, qui, faisant chaque année plusieurs voyages, représentent plusieurs fois le même homme.

Je suis allé au-devant de cette objection en faisant observer que le même homme entrant chaque année dans un port, peut y rapporter plusieurs fois l'infection vénérienne qu'il est allé puiser dans les ports étrangers. Cette allégation vous paraît erronée quant à la syphilis proprement dite, qui ne peut guère être contractée plusieurs fois dans une année par le même homme. Certes, cela est élémentaire, mais ce qui ne l'est pas moins, c'est que le temps pendant lequel, chez les sujets qui négligent tout traitement rationnel, les accidents primitifs, puis les accidents secondaires peuvent rester contagieux, dépasse de beaucoup la période d'une année. D'ailleurs, c'est précisément à raison de l'objection que je m'étais faite, que j'ai réduit au minimum extrême de 5 pour 100 l'évaluation des vénériens parmi les marins débarquant chaque année dans nos ports.

Vous rejetez toute évaluation jusqu'à ce qu'on vous ait apporté une démonstration péremptoire avec une statistique irréprochable. Eh bien ! je dis qu'en réclamant la solution d'un problème insoluble, vous employez cette sorte de fin de non-recevoir, dont se servent trop souvent les administrations publiques pour repousser les progrès qui leur sont réclamés.

Je fais à votre critique un autre reproche beaucoup plus grave, sous toute réserve bien entendu de ma gratitude pour l'attention que vous avez bien voulu accorder à mon ouvrage.

Vous combattez la proposition qui m'est commune avec M. Rey, d'assurer par une convention internationale la visite des marins de la marine marchande avant leur départ, vous développez contre nous toutes sortes de bonnes raisons que je n'ai pas à rappeler ici, puisque je viens de les citer *in extenso* dans ce journal, mais vous négligez de reproduire certaines considérations sur lesquelles j'ai particulièrement insisté et qui compensent au moins en partie les inconvénients de cette visite accu-

sée par vous de démembrer les équipages et de perturber le commerce.

Il est clair que si vous m'enlevez ma cuirasse, il vous sera facile de me transpercer. Voici mon argument, que l'ardeur de notre polémique vous a fait perdre de vue. Je me cite :

« Il est très-important de faire observer que le certificat de » santé ayant pour but d'établir la validité des hommes d'une » manière absolue *dans l'intérêt du service maritime et dans* » *l'intérêt des armateurs*, la visite sanitaire ne soulèverait pas » les mêmes répugnances, et ne rencontrerait pas les mêmes » difficultés, que si elle avait pour unique but la recherche des » maladies vénériennes.

» *Et il est évident que si toutes les nations civilisées se con-* » *certaient pour empêcher l'embarquement des marins affec-* » *tés de quelque maladie que ce fût, y compris la syphilis, non-* » *seulement les armateurs y gagneraient de ne point engager* » *des hommes qui font un service mauvais ou nul, et qu'ils sont* » *obligés de payer jusqu'à ce qu'ils les aient rapatriés*, mais » encore le problème de l'extension des maladies vénériennes » serait bien près d'être résolu dans les pays où la prostitution » serait surveillée selon les principes que j'ai développés. »

Un auteur qu'on critique c'est un accusé qu'on juge, il faut donc se bien garder de ce qui pourrait ressembler à un parti pris de le trouver coupable ; il ne faut supprimer aucune de ses justifications, aucun de ses alibi, autrement le condamné se retourne vers le tribunal et le cite à comparaître devant la cour suprême de l'opinion publique.

C'est ce qui vous arrive.

Je trouve chez vous des aveux qui appuient très-fortement ma proposition de faire visiter les marins avant le départ ; vous démontrez que les marins livrés sans frein à leurs passions, développent la prostitution sous toutes ses formes, puis vous ajoutez :

« *Si donc un certain nombre de marins, en important des*

» *maladies contractées ailleurs, contribuent à entretenir les*
» *maladies vénériennes dans les localités maritimes, un plus*
» *grand nombre encore, à notre avis, contractent à l'arrivée*
» *dans les ports des maladies qu'ils n'avaient pas, ou em-*
» *portent*, AU DÉPART, *des germes d'infection qu'ils vont*
» SEMER PARTOUT. »

Ainsi ils importent, ils contractent et ils emportent pour aller semer partout. N'est-il pas clair que si l'on pouvait les empêcher d'emporter, ils cesseraient d'importer et par suite de contracter?

Vous attachez une très-grande importance à une autre objection : « Il y aurait injustice flagrante à faire peser une me-
» sure vexatoire uniquement sur les quelques matelots qui com-
» posent l'équipage d'un navire chargé de passagers, pendant
» que le capitaine, les officiers et les passagers de toute caté-
» gorie descendraient librement à terre. »

D'abord j'ai fait voir moi-même (p. 376) que *la visite à l'ar-*
» *rivée, très-difficile à organiser, perdrait de son importance*
» *si la visite au départ était exécutée rigoureusement partout.* »

Quant à l'injustice qui obligerait les équipages en partance à une visite sanitaire, quant au défaut de généralisation qui rendrait mon projet de règlement inacceptable, je vous reproche encore, mon cher confrère, d'avoir omis un argument capital que j'ai présenté. Je dis (p. 380) : « *Si le problème n'est pas ab-*
» *solument insoluble du côté des équipages des navires en par-*
» *tance, c'est surtout parce que les hommes qui s'engagent à*
» *faire un service pendant une traversée peuvent être tenus*
» *de prouver leur validité.* »

Voilà ce qui fait disparaître l'injustice dont vous vous plaignez, et l'inégalité qui rend inacceptable un règlement prescrivant la visite des matelots au départ.

Pour infirmer les raisonnements sur lesquels j'appuie la proposition de faire visiter les matelots de la marine marchande, vous faites remarquer que si le renouvellement de l'infection

vénérienne avait réellement lieu par le fait de l'importation maritime les grands ports marchands comme Marseille et Bordeaux devraient offrir dans leur garnison la trace d'une infection plus intense que les grandes villes de l'intérieur, que Lyon par exemple. Je réponds à cet argument que le service du dispensaire de Lyon, très-mal organisé, a été rétabli en 1867 sur des bases nouvelles avec le concours de notre éminent confrère M. Garin ; je réponds, que Paris sous l'influence d'un service sanitaire nettement et intelligemment conduit a donné des résultats inespérés, quant au chiffre annuel des vénériens de la garnison, ce chiffre s'est réduit à 40 pour 1000 hommes d'effectif pour les années 1858, 1859 et 1860 (p. 150), enfin je dis que nulle réforme purement locale ne peut être considérée comme efficace contre la contagion vénérienne, et qu'un vaste système de prophylaxie internationale peut seul réaliser à cet égard le vœu des hygiénistes (p. 159).

Je conclus en vous remerciant de m'avoir fourni l'occasion d'affirmer de nouveau la nécessité, pour la société moderne, de se garantir contre les maladies vénériennes dont les marins sont dans le monde entier les propagateurs les plus actifs.

Agréez, etc.

J. JEANNEL.

BIBLIOGRAPHIE

Ueber Syphilis-Behandhung mit hypodermischer Sublimat-Injection nebst epikritischen Bemerkungen (*Sur le traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sublimé, etc.*), par le docteur Georges Lewin, médecin de l'hospice de la Charité, à Berlin, etc., 1 vol. in-18, Berlin, 1868. (Extrait des *Annales de la Charité*, vol. XIV.)

Si la simplicité, la sécurité et l'efficacité de cette méthode — toutes qualités que l'auteur lui attribue formellement, — étaient expérimentalement reconnues vraies, elles la placeraient assurément au premier rang de tous les procédés curatifs employés jusqu'à ce jour contre l'intoxication syphilitique. Nous allons d'abord faire connaître les résultats de l'auteur, par conséquent, les conclusions de son travail ; nous discuterons ensuite la valeur du traitement préconisé par le médecin de la Charité de Berlin.

Les avantages qui, selon notre confrère, distinguent le traitement par les injections hypodermiques, d'avec les autres méthodes antisyphilitiques en usage jusqu'à ce jour, sont les suivants :

1° La rapidité avec laquelle on fait disparaître les manifestations syphilitiques, rapidité qui est proportionnelle à la dose de sublimé injectée chaque jour. On peut, si rien ne s'y oppose, donner 2 centigr. 1/2 à 3 centigr. 1/4 de sublimé par jour, en deux ou trois séances. « Par ce traitement rapide, j'ai, dit-il, guéri en cinq ou sept jours la majeure partie des iritis qui se sont présentées à mon observation. Comme je voyais en même temps les autres affections syphilitiques concomitantes, telles que les exanthèmes papuleux et squameux, se dissiper rapidement, j'ai donné plus d'extension à ma méthode, je l'ai employée sur une plus grande échelle, contre les autres formes se-

condaires et tertiaires de la syphilis, et j'ai souvent obtenu des succès d'une rapidité surprenante. »

Les observations de l'auteur, comprennent près de 900 cas, qui, dans l'espace d'environ deux ans et demi, ont été traités par cette méthode, tant à la Charité, que dans sa clientèle particulière. Tous ces malades présentaient des symptômes secondaires ou tertiaires. Dans presque tous les cas, les résultats ont été très-satisfaisants. Deux formes de syphilis seulement, se sont montrées en partie rebelles contre le traitement par les injections : la *syphilis osseuse* et la *syphilis cérébrale*. Quant à la première, les douleurs ostéocopes disparaissaient assez rapidement et presque toujours complétement après les injections, si les gommes, les périostites se résorbaient : mais l'os n'était pas ramené complétement à son volume normal. Pour la syphilis cérébrale, l'auteur n'a eu l'occasion que d'en traiter seulement quatre cas, dans lesquels il y avait des phénomènes paralytiques. Sur ces quatre malades, deux quittèrent l'hôpital avant la fin du traitement ; chez les deux autres, la cure fut suivie d'un succès tellement durable, qu'il se maintient encore aujourd'hui, après neuf à quinze mois.

D'après les données statistiques qui se trouvent exposées dans son livre, le traitement par les injections compterait au moins deux fois plus de succès que les anciennes méthodes. Ainsi, elles établissent que les traitements antérieurs, mercuriels ou non, donnent près de 81 pour 100 de récidives, tandis que la méthode sous-cutanée n'en donne que 31.

Enfin, selon M. Lewin, ce dernier traitement présenterait encore un avantage capital, par sa *facilité d'exécution*. Le malade n'a, ajoute-t-il, ni traitement préparatoire ou consécutif à subir, ni diète sévère à observer. N'étant pas obligé de garder le lit ou la chambre, il peut jouir de l'avantage inappréciable de vivre comme d'habitude, de vaquer à ses affaires, toutes circonstances qui ont une heureuse influence sur son moral.

En résumé, le traitement de la syphilis par les injections hypodermiques offrirait les avantages suivants : *rapidité, sûreté et précision du succès, rareté relative des récidives et peu de gravité des affections en lesquelles ces récidives consistent, facilité d'exécution*, et enfin, *un dosage précis* comme dans l'administration à l'intérieur, tout en ayant sur ce dernier mode l'avantage de *préserver l'estomac et les autres organes digestifs de toutes les atteintes des sels métalliques irritants.*

Malheureusement, les merveilleux résultats énoncés par le docteur Lewin sont loin de se vérifier. Nous avons été à même de suivre, dans le service de M. Hardy à Saint-Louis, plusieurs malades chez lesquels ce mode de traitement avait été institué, et chez le plus grand nombre on a été dans la nécessité d'y renoncer par suite de la douleur, des eschares ou des abcès que déterminaient ces injections. La souffrance est parfois très-vive, et nous n'avons pas toujours vu, comme M. le docteur Lewin, que les malades, en dépit des promesses qu'on croit pouvoir leur faire, l'acceptent très-facilement; une série d'opérations devenant le point de départ de traumatismes locaux presque certains, au lieu de la simple et presque toujours inoffensive pilule dont l'ingestion est si facile.

Il se produit, en effet, très-souvent des ulcérations sur le point injecté, ulcérations qui se recouvrent de croûtes noirâtres, sont très-douloureuses au toucher, et parfois même plus lentes à se cicatriser que les accidents spécifiques contre lesquels l'opération qui les engendre était dirigée.

Quant aux abcès dont nous avons vu deux exemples, bien des observateurs ont signalé leur présence à la suite de cette méthode de traitement. Casati, qui employait de la même manière le calomel, parle d'un abcès phlegmoneux qui survint au point d'inoculation. Et qu'on ne dise pas que, en atténuant le degré de concentration de la solution, l'on préviendrait de tels accidents. A ce compte, la sécurité ne s'achèterait qu'aux dépens de l'efficacité; car, pour agir, il faut livrer à l'absorp-

tion une certaine dose de sel mercuriel. Or, à moins de multiplier les injections outre mesure, de les porter à un nombre qui deviendrait une torture pour le patient et une charge des plus pénibles pour le médecin, il faudra toujours que la petite quantité de liquide qu'on introduit par chaque piqûre, contienne une certaine proportion de sublimé; en d'autres termes, qu'elle soit irritante, sinon caustique.

M. Diday a essayé, il y a dix-huit mois, les inoculations multiples avec la solution de sublimé sur trois malades, atteints d'accidents secondaires de première poussée, et d'une intensité moyenne. Les effets locaux n'ont pas dépassé ceux d'une irritation modérée, assez forte, néanmoins, pour avoir provoqué de la part de l'un des malades un refus absolu de laisser continuer ces tentatives. Quant à l'action curative, M. Diday n'en a pu constater aucune appréciable. La marche normale du mal, telle qu'il la connaît si bien, d'après ses observations de syphilis abandonnée à son évolution naturelle, ne lui a pas paru sensiblement modifiée.

D'ailleurs, l'avantage revendiqué par l'auteur allemand de ménager les voies digestives, peut être obtenu aussi sûrement par la méthode des frictions mercurielles, frictions dont l'effet sur la maladie est certain, puisqu'elles sont susceptibles de produire la salivation, accident-critérium, dont l'existence n'est pas indiquée dans les observations de M. Lewin. Reconnaissons, cependant, que l'absence de ce phénomène ne saurait être légitimement considérée comme preuve péremptoire de l'impuissance des injections hypodermiques, de celles du moins qu'on pratique avec une solution de sublimé, puisque le propre de cette préparation mercurielle, telle qu'on en connaît les effets usuels quand elle est ingérée par la bouche, est de ne produire qu'exceptionnellement la salivation.

La possibilité de continuer le régime ordinaire n'a rien qui appartienne exclusivement à ce mode thérapeutique. Elle est aujourd'hui l'accompagnement obligé de toutes les méthodes,

comme elle est le précepte de tous les vrais praticiens, aux yeux desquels *laisser guérir les symptômes, en tonifiant l'organisme*, est devenu l'une des règles de conduite les plus généralement admises.

Enfin, est-il bien exact de nous présenter comme *pouvant vaquer à ses affaires* le malade qui doit subir quotidiennement ou presque quotidiennement une série d'opérations pour l'exécution desquelles l'intervention du médecin est chaque fois nécessaire ?... Sous ce rapport comme sous plusieurs autres, à moins de simplifications inattendues, la méthode des injections hypodermiques nous paraît destinée au sort de ces *pratiques expérimentales* qui, si elles doivent survivre à l'année qui leur a donné naissance, ne dépasseront pas du moins le seuil de l'hôpital où, seulement, elles peuvent être appliquées.

A. DOYON.

REVUE DES JOURNAUX

De l'emploi de la toile caoutchouquée dans le traitement des maladies de la peau, par le professeur Hebra (de Vienne).

L'emploi de cette toile lui fut conseillé, en septembre 1867, par M. le professeur Hardy; mais il n'en put pas voir les effets à Paris, et dut par conséquent l'expérimenter lui-même à Vienne.

A priori, dit-il, le caoutchouc doit, en raison de son imperméabilité, empêcher l'évaporation des sécrétions et les accumuler entre la peau et la toile ; l'épiderme sera ramolli, macéré par les liquides et se trouvera, en quelque sorte, dans un bain chaud prolongé, ou dans un bain sulfureux, si le caoutchouc est vulcanisé ; mais les sels et les acides contenus dans les sécrétions cutanées, et surtout les acides gras résultant de la rapide décomposition du sebum, agiront tout autrement sur la peau que l'eau ou l'eau sulfurense ordinaires. On sait, d'un autre côté, que le séjour trop prolongé des sécrétions cutanées sur la peau donne parfois des dermatoses ; mais l'eczéma est souvent guéri par les agents, qui, dans d'autres conditions, produisent de l'eczéma. On voit, d'après toutes ces considérations, qu'il est difficile de porter d'avance un jugement sur la méthode de traitement en question.

La toile caoutchouquée est aussi facile à manier que toute autre toile; on peut la découper en bandes, la coudre, la coller, en faire des gants, des bas, des vêtements, etc. M. Hebra s'en est servi pour traiter le psoriasis, le tylosis, l'ichthyose, le pityriasis, etc., quand il voulait ramollir des productions épidermiques sèches et rudes ; il l'a aussi appliquée dans toutes les formes de l'eczéma, depuis la forme squameuse jusqu'à la forme impétigineuse.

La peau doit être mise en contact avec la surface caoutchouquée; au bout de douze ou quatorze heures, la toile est mouillée, souvent traversée par les liquides; ceux-ci ont une odeur repoussante, plus forte que celle de la « sueur des pieds »; mais la peau bien nettoyée et débarrassée des dépôts ramollis est inodore, un peu rouge, humide et brillante. Pendant que la toile est appliquée, le malade ne ressent ni démangeaison, ni douleur; mais si la surface cutanée reste quelque temps à nu, le prurit reparaît et devient même de la douleur; aussi les malades demandent-ils avec instance la réapplication du bandage. Ces symptômes disparaissent après un certain nombre de pansements de cette nature, et bien des eczémas ont été guéris en deux mois de cette façon.

Mais le diachylon, le goudron, le zinc, le sublimé, etc., guérissant dans le même laps de temps, on peut se demander si l'emploi du caoutchouc présente des avantages réels. Il y a, en effet, des cas où sa supériorité est incontestable; tels sont: l'eczéma des mains, des doigts, des plis articulaires, du scrotum, des pieds; dans ces régions, les pommades sont très-incommodes; la toile caoutchouquée calme bien plus rapidement les douleurs causées par les rhagades, parce que les gants, les suspensoirs étroitement appliqués entretiennent la peau dans une humidité continuelle. *Cette méthode de traitement est donc une acquisition précieuse pour la thérapeutique*, d'autant plus qu'elle n'empêche pas d'employer d'autres agents tels que le savon, les bains, les douches, les préparations de goudron, etc.

M. Hebra l'a aussi essayée contre certaines brûlures du second degré à la face et aux mains, avec plein succès; mais il ne lui reconnaît aucune supériorité sur les compresses d'eau froide ou chaude, le cérat, le liniment oléo-calcaire, etc.

Dans la variole, la toile caoutchouquée favorise le ramollissement de la couche épidermique qui recouvre les pustules, et prévient la résorption du pus; elle empêche les pustules de la paume de la main et de la plante des pieds d'être doulou-

reuses ; les appareils doivent être renouvelés toutes les vingt-quatre heures; il faut bien nettoyer la peau à chaque pansement.

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans le prurît généralisé des vieillards (*prurigo senilis* des auteurs) avec ou sans eczéma. M. Hebra a traité par la toile caoutchouquée quatre vieillards atteints de cette affection. Les vêtements caoutchouqués étaient changés deux fois par jour, au début ; la première application provoquait des sueurs abondantes ; la démangeaison et la tension de la peau disparaissaient immédiatement et les malades pouvaient dormir ; au bout de quelques semaines, ils ne mettaient plus les vêtements caoutchouqués que pendant la nuit ou pendant quelques heures du jour, jusqu'à guérison complète. On y joignait les préparations de goudron, s'il y avait en même temps de l'eczéma, et avec d'autant plus d'avantage que la toile caoutchouquée intercepte l'odeur du goudron et cache les parties noircies par lui. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, n° 1, analysé par le docteur A. Lorber, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Lyon.)

Sur la morphée ou vitiligo, par Erasmus Wilson.

Nous voulons attirer spécialement l'attention sur une affection remarquable par un changement pathologique et organique dans tous les tissus de la peau, affection qui se manifeste par une altération dans l'apparence et dans la structure de l'épiderme, du réseau muqueux, de la couche papillaire du derme, du tissu fibreux, des glandes et des poils, enfin qui enveloppe les vaisseaux, les nerfs, et le stroma fibreux du derme dans une désorganisation commune conduisant plus tard, dans la majorité des cas, à une atrophie plus ou moins complète. Cette affection c'est la *morphée* des Grecs, le *vitiligo* des Latins.

Le mot *morphée*, en anglais *morphew*, dérivé de μορφὴ, forme,

ne donne aucune idée de la nature de la maladie, qui serait plus correctement représentée par le mot *kelis*, non pas le *cheloïde* d'Alibert, mais *kelis*, signifiant une marque ou une tache, une souillure ou une difformité ; car en réalité c'est une difformité grave et sérieuse. L'objection qu'on pourrait faire à ce terme serait qu'il a déjà été confondu avec le chéloïde, même par Alibert, et aussi qu'on l'a appliqué à des dépôts cutanés de pigment, comme dans les cas de *kelis fulvescens*, terme employé par Swediaur comme synonyme de *chloasma*, d'*ephelis* et de *tache hépatique*; aussi nous préférons nous servir d'un mot déjà en usage depuis un grand nombre d'années, et probablement depuis plusieurs siècles.

La particularité la plus caractéristique de la morphée est sa blancheur ; d'où l'adjectif *alba* qu'on lui ajoute, *Morphœa alba*. Mais quelquefois elle s'accompagne d'une surabondance de pigment, et dans ce dernier cas nous l'appelons *morphœa nigra*. En dehors de sa couleur blanche et quelquefois noire, la morphée est remarquable par une diminution dans la sensibilité ou anesthésie de la peau. Aussi on a regardé la morphée comme représentant la forme blanche (*leuke*) et noire (*melas*) de la lèpre ; et comme ces dernières affections sont identifiées avec l'éléphantiasis ou lèpre vulgaire, on en a tiré une analogie entre cette dernière maladie et la morphée. Dans la lèpre vulgaire, ainsi qu'on le sait, il y a des taches blanches et des taches noires, qu'on a appelées *leuke* et *melas* ou *morphœa alba* et *nigra*, et qu'on a supposé représenter réellement la morphée blanche et la morphée noire. Pour cette raison la morphée présente un double intérêt, d'abord, dans sa nature pathologique qui est remarquable, et secondement dans sa relation supposée avec la terrible maladie qu'on appelle la lèpre.

Les caractères généraux de la morphée sont : une tache sur la peau, blanche, plus ou moins insensible, lisse, sans poils, limitée et permanente. La blancheur provient, en partie de l'absence de pigment dans le réseau muqueux, en partie de

l'absence de circulation capillaire dans le tissu affecté, et en partie de la présence d'une substance blanche ressemblant à une matière infiltrée et due probablement à une hyperplasie du tissu fibreux blanc. Quelquefois, en même temps qu'une ou plusieurs taches blanches peuvent coexister une ou deux taches semblables présentant une accumulation de pigment ; ces dernières, qui représentent la *morphœa nigra*, servent de contraste avec les taches blanches : ou bien il peut se faire qu'un excès de pigment se développe dans le réseau muqueux de la peau qui entoure les taches blanches. Ces cas indiquent que les différents tissus sont influencés différemment par le processus morbide. La blancheur de la morphée est si remarquable qu'on l'a comparée à l'albâtre, à l'ivoire, à une perle, à la peau d'un cadavre, etc; mais on peut remarquer que ces comparaisons se rapportent à d'autres qualités que la blancheur simple, telles que la douceur, le poli, et la solidité. Néanmoins, au point de vue du diagnostic, on peut dire que la blancheur est le principal trait de la maladie, et qu'après elle seulement viennent les autres caractères qui dénotent une désorganisation profonde de la peau.

L'insensibilité ou engourdissement plus ou moins complet est ensuite le symptôme le plus important de la maladie. L'absence de coloration indique un arrêt dans la formation du pigment et un arrêt de la circulation dans le système capillaire ; l'absence de sensibilité, ou anesthésie, se rapporte à une altération des nerfs locaux qui donne probablement la première impulsion à tous les phénomènes subséquents, et qui font entrer la maladie d'une façon plus décisive dans les affections lépreuses. Nous n'avons pas de notion positive sur les changements pathologiques qui peuvent exister dans le tissu nerveux ; peut-être sont-ils identiques avec ceux qui se produisent dans l'éléphantiasis ; peut-être y a-t-il simplement atrophie du tissu nerveux spécial, ou enfin une transformation fibreuse de l'élément nerveux. Pour justifier la classification qui range la mor-

phée dans le même groupe que l'éléphantiasis, on pourrait demander une identité dans l'altération pathologique ; mais nos connaissances présentes ne peuvent que nous faire reconnaître une ressemblance entre la morphée que nous étudions maintenant et la morphée de la lèpre. Nous avons dans les deux de l'insensibilité avec une coloration blanche ou noire, signes purement subjectifs, mais importants néanmoins si on les accepte comme tels. Nous attendons des travaux ultérieurs pour rendre plus décisive la pathologie exacte de cette affection.

En même temps que la blancheur et que l'anesthésie, il existe aussi un épaississement de la peau ; il semble que le tissu du derme ait été envahi par une substance blanche, qui produit une certaine solidité et de la résistance, non pas une dureté rigide et cornée, mais une résistance semblable à celle que communiquerait au doigt une vessie pleine d'axonge ; et la comparaison est aussi exacte pour l'aspect que pour la densité ; la surface est lisse et tendre, comme si elle était distendue par cette matière. M. Samuel Wood, de Shrewsbury, qui nous a écrit au sujet de cette affection, fait observer que la peau malade semble avoir été « *déposée dans une sécrétion semblable à de la cire.* » L'aspect particulier de la peau affectée a suggéré les termes de *tuberosa* et *lardacea* (*morphœa alba tuberosa*, *lardacea*) ; et nous croyons que cette forme a inspiré à Retz le terme de *dartre de la graisse* qu'il emploie comme synonyme du chéloïde. Nous devons faire observer que le terme de *tuberosa* ne signifie pas proéminente, car la surface ne s'élève pas au-dessus du niveau de la peau environnante, et peut être parfaitement lisse ; mais il sert à distinguer ce degré de la maladie d'un second dans lequel la peau tombe dans un état d'atrophie et s'enfonce au-dessous du niveau des surfaces adjacentes. Ce dernier état de la peau est distingué sous le nom de morphée atrophique (*morphœa atrophica*), qui peut être blanche ou noire. Les formes différentes sont les plus intéressantes, parce qu'elles correspondent aux deux formes de

l'éléphantiasis; la forme tuberculeuse que représente la morphée tubéreuse, et la forme anesthésique à laquelle correspond la morphée atrophique.

La distribution des vaisseaux sanguins dans la peau désorganisée mérite aussi qu'on en fasse mention; la circulation capillaire semble suspendue, mais on peut observer, çà et là, de petites veines courant sur des parties de la surface blanche, et s'enfonçant de là dans les tissus plus profonds, quelquefois les veinules donnent un aspect lobulé à la peau malade, l'étendue et la forme des lobules correspondant à la distribution des artères et des nerfs.

La forme tubéreuse de la morphée représente un état pathologique dans lequel existe un accroissement de substance de la peau, peut-être une hyperplasie des éléments du tissu fibreux blanc; cet état de la peau précède fréquemment un changement de nature atrophique, consistant dans un amincissement et une flétrissure de la peau (*morphœa atrophica*) qui s'unit quelquefois à l'absence de pigment dans le réseau muqueux (*morphœa alba atrophica*) et quelquefois à un excès de pigment (*morphœa nigra atrophica*). En général les changements hyperplasiques précèdent la période atrophique, mais quelquefois l'atrophie est immédiate, et cela se rencontre surtout dans la morphée noire.

Une autre conséquence de la suspension de l'innervation et de la circulation dans les tissus morbides, est l'imperfection de la production de l'épiderme, et un arrêt dans la formation des poils et dans la sécrétion glandulaire. L'épiderme est, ou bien semblable à de la corne et poli comme celui d'une cicatrice, ou bien d'une couleur brillante blanche ou jaunâtre, quelquefois grisâtre, ou bien rendu raboteux par une desquamation foliacée. Il y a absence totale de poils, ou, s'il y en a, ils sont blancs et secs; la sécrétion des glandes sébacées, et généralement aussi celle de la transpiration sont suspendues.

Quand on a l'occasion d'observer à son début une tache qui

suit le processus pathologique de la morphée, le premier aspect qu'elle présente est celui d'une coloration légèrement pourpre ou lilas ; un bout de peu de temps, on remarque au centre de la coloration au point pâle et faiblement déprimé ; ce point blanchit et devient mieux limité ; ses bords sont mieux dessinés, et la rougeur semble être poussée vers la circonférence, où elle forme un cercle légèrement proéminent de couleur pourprée qui se confond en s'affaiblissant avec la peau environnante. La nuance lilas se rencontre à tous les degrés de l'affection, mais elle est plus ou moins distincte, quelquefois très-étroite, d'autres fois plus large. La nuance de la rougeur de la morphée a une signification, et indique un changement veineux du sang qui circule à travers les capillaires. Bien plus la teinte est particulière : ce n'est ni la rougeur cuivrée des syphilides, ni la teinte bleuâtre de la scrofule, et de tous les cas que nous avons observés le seul qui nous ait présenté une couleur exactement comparable à celle de la morphée, c'est une lèpre tuberculeuse. De plus, nous avons vu la même teinte d'une façon frappante dans les planches de Daniellsen et Boerk qui représentent la lèpre. Nous avons donc encore ici une autre ressemblance inattendue entre deux affections réputées analogues.

Au début, la surface blanche est à peine plus dense au toucher que la peau environnante ; par degrés, cependant, la densité augmente, la blancheur est plus marquée, et nous avons alors le poli et la tension que nous avons déjà décrits ; ou bien il peut se faire que la surface blanche se ride, se dessèche, et tombe dans un état réel d'atrophie ; assez souvent ces deux états existent simultanément sur la même tache, qui, dans ce cas, est en partie tubéreuse, en partie atrophique, et entourée par le cercle rouge lilas déjà décrit.

L'absence de poils sur les taches, ou, lorsqu'ils existent, leur aspect pâle et desséché, sont des phénomènes qu'on peut rapporter tous deux à une désorganisation de la peau par manque d'innervation et de circulation. Dans un cas où la

plaque de morphée suivait le cours du nerf sus-orbitaire, on trouva sur le cuir chevelu une plaque circulaire séparée, présentant une grande ressemblance avec celle de l'alopécie circinée (*alopekia areata*), supposant en réalité une certaine relation entre cette dernière affection et la morphée tonsurante (*morphœa alopekiata*), et rappelant la destruction des cheveux qu'on rencontre si fréquemment dans l'éléphantiasis.

L'aspect soigneusement défini de la morphée, son centre blanc aussi bien déterminé, et l'étroit liséré lilas qui l'entoure comme un cercle, sont des caractères qui n'appartiennent à aucune autre maladie qu'à celle-là, et qui rendent son diagnostic généralement très-simple, et lorsque, en outre de cet aspect, on peut apprécier une perte de sensibilité, le diagnostic est encore mieux confirmé. Le changement de structure et l'accroissement de tissu à un faible degré constituant la forme tubéreuse de la maladie sont des changements ultérieurs, de même que la dégénérescence atrophique qui altère la peau jusqu'au dernier degré qui puisse concorder avec son existence ; mais, lorsque ces conditions se rencontrent, la maladie est beaucoup trop remarquable pour échapper à l'observation, et pour qu'aucune confusion avec une autre forme de maladie cutanée puisse être possible. La maladie est si frappante que, lorsqu'on l'a vue une fois, son aspect se fixe constamment dans l'esprit et ne sort pas facilement de la mémoire.

La morphée se produit sans inflammation ni douleur ; lorsque l'hypérémie préliminaire se rencontre dans un endroit ordinairement couvert par les vêtements, on ne s'aperçoit de la maladie que lorsqu'existe une tache blanche, et alors on ne peut y faire attention que lorsqu'elle a pris une étendue considérable qui excite l'appréhension du malade, ou jusqu'à ce que l'apparition d'autres taches puisse faire craindre que la maladie ne se répande sur tout le corps. Néanmoins son développement et son accroissement ne se font pas sans certaines sensations très-intéressantes au point de vue pathologique ; ces

sensations sont décrites différemment par les malades comme un picotement, une légère démangeaison, une légère brûlure, ou bien de la pesanteur et de l'engourdissement, toutes sensations ayant leur source spéciale dans les filaments nerveux qui se distribuent à la peau.

La morphée est une affection rare en Angleterre ; sa proportion est de 1 sur 1000 ; en effet, on n'en trouve que 5 cas sur 5000 cas de maladies cutanées, d'après nos statistiques publiées dans le *Journal of cutaneous medicine* (vol. I, page 253). Nous voulons donner une analyse de ces cas et de vingt autres que nous trouvons dans nos notes, et soumettre les observations elles-mêmes à l'examen de nos lecteurs.

Il paraît évident, d'après les faits que nous possédons, que la pathologie de la morphée est représentée par une diminution dans la vitalité de la peau, par un affaiblissement du pouvoir trophique ou nutritif, et, comme conséquence de cette faiblesse de nutrition, par l'amoindrissement du tissu ou quelquefois l'atrophie du tissu en entier. Les nerfs, les vaisseaux capillaires, les papilles, en un mot les tissus les mieux organisés de la peau sont détruits et atrophiés, et leur place est prise par une forme inférieure de tissu blanc fibreux, engendré par l'hyperplasie, et qui peut lui-même amener par sa disparition un degré encore plus inférieur de destruction, et constituer un état d'atrophie complète.

Si nous regardons cette théorie comme vraie, nous devrons nous attendre à rencontrer cette maladie chez des individus d'une constitution faible et qui possèdent une susceptibilité nerveuse particulière ; nous la rencontrons chez les femmes plutôt que chez les hommes, et dans les périodes de la vie où la nutrition est plus active plutôt que dans les âges plus avancés. Nous pouvons prévoir aussi, en tenant compte du caractère évidemment nerveux de l'affection, qu'elle sera locale plutôt que générale, et dans quelques cas peut-être unilatérale. Nous pourrions prédire en outre que, bien que la désor-

ganisation des tissus soit très-grave et souvent irréparable, cependant, dans un certain nombre de cas, les tissus peuvent reprendre leur vitalité perdue et la peau revenir à son état normal. Mais, même en admettant la possibilité de ce pronostic favorable, la maladie sera nécessairement par sa nature même chronique et pénible, et ses progrès très-incertains.

Nos 25 cas mettent en lumière tous ces points, comme nous le verrons en les examinant en détail : par exemple, 20 de nos malades sont des femmes, 5 seulement sont des hommes. Chez les hommes, le début de la maladie a eu lieu au-dessous de 17 ans chez 4 d'entre eux, à 29 ans chez l'autre. Chez les femmes, 8 ont vu commencer leur maladie entre 20 et 30 ans, 4 entre 10 et 20, 3 entre 30 et 40; en tout, 15 entre 10 et 40 : des 5 qui restent, 2 n'avaient pas 10 ans, 2 étaient entre 40 et 50, la dernière avait 52 ans. Les limites sont donc 4 ans chez un homme et chez une femme, et 52 ans chez une femme. Parmi les hommes, 6 étaient au-dessous de 20 ans et 14 au-dessus au moment du début de la maladie; des dernières, 9 étaient mariées, ce qui explique, comme on pouvait le prévoir, la grande proportion chez les femmes comme provenant de la grossesse et des affections qui s'y rattachent. En effet, si l'on se rapporte aux phénomènes propres à la constitution de la femme, 15 cas sur 20 peuvent être regardés comme se rattachant aux fonctions utérines, 9 à la grossesse et 6 à la menstruation.

Nous pourrions aussi supposer, pour expliquer la pathologie de la morphée, une paralysie nerveuse, conduisant d'un côté à une aberration de nutrition et constituant la morphée tubéreuse, et de l'autre à un épuisement dans la nutrition constituant la morphée atrophique. Ainsi, bien que la morphée, de même que l'éléphantiasis, puisse être regardée comme une unité parfaite en elle-même, nous décrivons cependant, d'après la tendance que prend la manifestation de l'un ou de l'autre des caractères décrits ci-dessus, une *morphœa alba tuberosa*, une *morphœa alba atrophica*, et une *morphœa nigra*, aux-

quelles on peut ajouter une forme mixte dans laquelle les trois formes sont confondues ou coïncident chez le même individu. En réalité, on peut dire que le plus souvent ces trois caractères existent, et que c'est la prédominance seule de l'un d'entre eux qui détermine le nom qu'on donne à un cas en particulier. Des 25 cas que nous considérons à présent, 10 sont atrophiques, 7 tubéreux, 5 mixtes et 3 mélaniques.

Comme conséquence de son origine nerveuse, la morphée n'attaque très-souvent qu'une moitié du corps ; ainsi, des 25 exemples que nous possédons, 11 sont unilatéraux. La maladie présente aussi des particularités relatives à son siége ; c'est le plus fréquemment, surtout chez les femmes, la base du cou, la partie supérieure du thorax, la région sous-mammaire et l'abdomen. Après le tronc, les membres sont le plus sujets à l'affection, particulièrement les cuisses et les bras ; puis assez souvent le front et les joues. Dans les 25 cas que nous avons observés, la maladie siégeait surtout sur le tronc, 11 fois, 7 fois sur les jambes et sur les cuisses, et 3 fois dans la région sous-mammaire.

D'après la nature elle-même du changement pathologique que présente la peau, la maladie est essentiellement chronique, et dans la majorité des cas incurable ; ainsi 11 de nos cas remontaient au delà de 5 ans ; l'un d'eux datait de 12 ans, un autre de 15 ans et un autre de 31 ans. Dans 14 de ces 25 cas, on ne pouvait découvrir aucune amélioration ; on en constatait dans 8 d'entre eux ; elle était caractérisée soit par un affaiblissement général de l'aspect extérieur, soit par la complète guérison d'une ou plusieurs taches ; dans 3 cas, il y eut une guérison complète obtenue, une fois au bout de 13 mois, une autre dans un peu plus de 2 ans, dans une troisième en 3 ou 4 ans.

Tandis que, au point de vue purement pathologique, nous pouvons regarder cette remarquable maladie comme une métamorphose régressive des tissus du derme provenant d'une

paralysie nerveuse, en un mot comme une dégénérescence fibreuse de la peau, nous devons la regarder au point de vue thérapeutique comme une faiblesse ou une aberration de la force nutritive, en un mot comme une débilité de nutrition. Tous nos cas contiennent cette idée. Dans un cas ou deux, la débilité de nutrition était, suivant toute apparence, héréditaire ; dans deux autres, elle avait pour origine une nourriture insuffisante et une croissance rapide ; dans un de ces cas, les épistaxis, dans l'autre, les marches forcées, étaient venues s'ajouter aux autres causes de faiblesse ; une autre fois, l'affaiblissement semblait remonter à une rougeole et à une variole antérieures ; d'autres fois il coïncidait avec des troubles dans la menstruation, tandis que, chez un grand nombre de malades, on pouvait la rapporter à un épuisement dépendant de la grossesse ou de la lactation. Nous pouvons aisément concevoir qu'un affaiblissement dans la nutrition, de quelque manière qu'il se produise, puisse causer une paralysie nerveuse et que les tissus de la peau, privés de l'influence dominante des nerfs, descendent dans leur structure des formes supérieures aux formes inférieures, et surtout à la production du plus simple de toutes les formes des tissus, c'est-à-dire le tissu aréolaire, dans son état le plus rudimentaire et le plus transitoire ; bien plus, ce trouble dans la nutrition contribuant au développement excessif des éléments de structure inférieure, les nerfs et les vaisseaux peuvent être détruits par la prolifération du tissu fibreux à tous les degrés de développement ; et que le tissu, ainsi désorganisé, arrive à ne posséder que le dernier degré de vitalité compatible avec la vie, arrive, en un mot, à l'atrophie à son dernier degré.

Ces vues étiologiques sur la nature de la morphée nous guident dans les principes thérapeutiques qui gouvernent notre traitement ; notre but sera donc de combattre l'affaiblissement de la nutrition, et, à cet effet, sans compter les précautions hygiéniques communes du bon air, de l'exercice suffisant, et

de la nourriture substantielle, sans compter les recettes médicales les plus ordinaires employées pour régulariser les fonctions digestives et excrétoires, nous aurons recours à un régime et à un traitement toniques, à la fois interne et externe; à la première classe appartiennent l'huile de foie de morue, l'acide chlorhydrique, l'acide phosphorique, le citrate de fer et de quinine, et l'arsenic; à la seconde, les stimulants locaux tels que le liniment à l'aconit, le bichlorure de mercure dans une émulsion d'amandes amères, le nitrate acide de mercure, les sinapismes, les préparations de cantharides, et les onctions avec l'iodure de soufre. Nous sommes encouragés à nous servir de ces remèdes et à essayer séparément tous ceux qui pourraient agir heureusement sur le tempérament de nos malades, par les faits que nous fournit la revue des cas ci-dessus mentionnés. La maladie est due à un affaiblissement nutritif. Manquons-nous donc tellement de moyens que nous ne puissions améliorer un état pareil? et si nous pouvons y remédier, n'est-il pas permis d'espérer la guérison de la maladie? D'un autre côté, nous devons nous souvenir que la maladie s'améliore quelquefois spontanément, et nous garder de conclusions trop flatteuses pour nous et pour nos remèdes, à propos de ces résultats heureux. La morphée, comme nous avons essayé de le montrer, vient souvent avec la grossesse et persiste avec la lactation; mais lorsque ces deux causes d'épuisement finissent, et que l'organisme rentré dans le repos peut reprendre ses forces, la santé peut revenir et la maladie disparaître, guérie en réalité par le retour des conditions normales des fonctions nutritives.

Observations (1).

Obs. I. — *Morphœa alba tuberosà et atrophica.* — Une dame mariée, de trente ans (madame R..., juin 1863), est atteinte de mor-

(1) Vingt-cinq observations très-détaillées complètent le mémoire dont nous donnons la traduction; nous en reproduisons intégralement quelques-unes, choisissant de préférence celles où la maladie présente ses caractères les plus tranchés. (*Note du traducteur.*)

phée blanche (*leuke*), affectant la peau de la base du cou ainsi que le bras et la région claviculaire du côté gauche. La maladie présente son caractère habituel de blancheur semblant provenir de l'infiltration d'une matière particulière; en quelques points la peau est douce et comme recouverte d'un vernis, en d'autres points elle est rendue rude par l'exfoliation de l'épiderme, en d'autres points elle ressemble à du parchemin et à du cuir; elle est insensible, sans vaisseaux, ridée, rétractée comme la cicatrice d'une brûlure, morte, desséchée, atrophiée.

L'affection a commencé il y a quinze mois, pendant une grossesse; la malade est du reste en santé parfaite, bien qu'elle soit un peu nerveuse et débilitée. La seule particularité que présente son cas c'est la présence de nombreux petits points blancs, d'environ deux lignes de diamètre, dispersés sur les membres. La malade prétend que sa mère présentait aussi les mêmes points. Son médecin ordinaire (le docteur H...) nous donne les détails suivants sur les progrès et l'état présent de la maladie (février 1868). La malade n'a retiré aucune amélioration de la liqueur de Fowler; mais, sous l'influence de l'huile de foie de morue et du fer, la peau revint à son état normal au bout de douze mois. Depuis cette époque (juillet 1864) jusqu'aux quatre derniers mois, aucune trace de la maladie ne se montra. Les taches blanches semblables à du marbre dont nous avons parlé commençaient à apparaître vers le milieu de la grossesse et continuèrent à s'accroître pendant tout le temps que dura la lactation; une tache située sous la clavicule gauche atteignit les dimensions de 4 pouces de longueur sur 2 de largeur; une autre, située sous le biceps du même côté, arriva à mesurer 8 pouces de longueur sur 3 et demi de largeur.

» Il y a environ quatre mois, madame R... commençait à se plaindre de douleurs rhumatismales dans différents points du côté gauche, lorsqu'au même moment parurent deux taches se rapportant à son ancienne affection; une sur l'épaule gauche, de la grandeur d'un schilling, une autre sur la cheville du même côté, de la grandeur d'une pièce de 6 pence. Un traitement analogue au premier, composé d'huile de foie de morue, de fer, etc., fit disparaître ces taches en six semaines. Le rhumatisme continue toujours.

» Je ferai remarquer, quant à ce qui regarde sa morphée, qu'on n'en a jamais observé la moindre tache à droite, et qu'il est probable que ce n'est pas accidentellement que le rhumatisme musculaire est presque complétement limité au côté gauche.

Les petits points blancs disposés sur tout le corps n'ont pas subi de changement; la mère de la malade en présentait de semblables; toutes ses sœurs (elle n'a pas de frères) et son seul enfant, petit garçon de six ans, présentent les mêmes particularités sur la peau. »

Obs. II. — *Morphœa nigra.* — Une jeune fille (miss R..., novembre 1863), âgée de vingt et un ans, du reste en bonne santé, présente dans le dos, à droite, au niveau des muscles rhomboïdes une tache marbrée brune, s'étendant de l'épine à la base de l'omoplate. A première vue elle ressemble à une meurtrissure; elle est très-foncée en couleur au centre, et se termine à sa circonférence en une teinte rouge sombre. Elle est en outre déprimée sur toute sa surface, de forme oblongue et ellipsoïde, de 5 pouces de longueur sur 2 et demi de large. Une seconde

tache analogue à la première existe sur le muscle sous-épineux et contourne le tronc en bas dans la direction du bord supérieur du grand dorsal. A gauche, dans une position symétrique, se voient deux taches plus petites; enfin une cinquième, également de petite dimension, est située au sommet du sternum. Sur les hanches existent dix ou douze vergetures blanches *stries atrophiques* (1), semblables aux cicatrices qu'on observe sur le ventre après la grossesse. Les stries commencent entre les plis que fait la peau entre la fesse et la cuisse, et s'étendent en éventail vers la partie antéro-supérieure de la cuisse, en suivant les plis naturels des téguments.

Un examen plus attentif montre que la couleur de la peau est due à à une marbrure brune; çà et là on peu voir les ramifications d'une veinule. La peau est dans un état de mauvaise nutrition, atrophiée en partie, déprimée au-dessous du niveau de la peau saine, ridée, et semble adhérer aux fascias qui enveloppent les muscles par suite de la résorption du tissu cellulaire sous-cutané. Les parties décolorées ont aussi subi un peu de rétraction, analogue à celle d'une cicatrice.

Il y a sept ans qu'on s'est aperçu de l'affection. Un soir que la jeune fille s'habillait pour un bal et se tenait debout au-dessous d'un chandelier, sa mère aperçut sur ses épaules une marque « blanche et brillante comme de la cire », et pensa d'abord qu'un peu de bougie liquide lui était tombé dessus par accident; mais à sa grande surprise elle trouva que c'était la peau elle-même qui était blanche et semblable à de la cire; au toucher elle était lisse comme si elle avait été polie, épaisse et dure; et en conséquence de cette dureté, il semblait, en y passant la main, qu'elle fût un peu élevée au-dessus du niveau du reste de la peau.

Ceci se passait au mois d'octobre 1856. A cette époque, sur la prescription d'un médecin, elle se fit des frictions sur les parties malades avec de la pommade au goudron, fit de nombreuses fomentations, mais sans résultat. Au printemps de l'année suivante elle fit beaucoup d'équitation, et cet exercice parut avoir un effet bienfaisant sur sa maladie. La circonférence des plaques blanches prit une teinte rouge lilas qui avança concentriquement vers le milieu, et ce dernier à son tour prit une teinte rouge sombre. En même temps que la rougeur se concentrait au centre, la circonférence pâlit, blanchit et s'éleva un peu au-dessus du niveau du reste de la plaque. Alors, au bout de peu de temps, la rougeur du centre s'effaça, un pigment brun prit sa place, laissant la tache marbrée qu'on voit aujourd'hui; en même temps la peau devint graduellement mince et ridée et sembla se dessécher.

Ainsi voici quelle a été la marche des changements pathologiques de la peau: d'abord, blancheur au toucher, aspect brillant, semblable à de la cire, rétraction, peut-être épaississement; puis rougeur d'une nuance particulière (lilas ou bleuâtre) attaquant d'abord la circonférence, et s'avançant graduellement vers le centre; puis la teinte rouge foncé du centre et la blancheur s'étendant vers la circonférence; enfin la dis-

(1) Voyez, dans le dernier numéro des *Annales*, l'analyse que nous avons faite d'un mémoire de M. E. Wilson sur les *Stries et macules atrophiques ou pseudo-cicatrices de la peau.* (*Note du traducteur.*)

parition de la rougeur du centre, l'accumulation de pigment et l'atrophie de la peau.

La période de blancheur éclatante nous présente un cas de *leuke* de *morphœa alba* ou *morphœa tuberosa* blanche, dans la période de pigmentation nous avons la *morphœa nigra* ou morphée noire, dans la période atrophique la *morphœa atrophica*.

La maladie n'a été accompagnée d'aucun symptôme qui pût appeler l'attention sur la partie affectée, à l'exception d'une sensation légère et temporaire de piqûre comparable à celle d'une épingle ou d'une aiguille.

Les stries des hanches différaient quelque peu dans leurs caractères pathologiques des taches brunes ; elles étaient blanches, peu élevées, comme recouverte par un épiderme poli et altéré, et ressemblant exactement comme structure et comme apparence aux cicatrices qu'on trouve sur l'abdomen des femmes qui ont été enceintes. Lorsqu'on les pressait avec le doigt, on voyait évidemment qu'elles correspondaient à une fissure s'étendant dans tout le tissu sous-cutané, que le long de cette ligne toute la graisse avait disparu, et que la sensation donnée au doigt était celle d'une fissure ou d'une fente. Elles représentaient une atrophie linéaire, au lieu de l'atrophie diffuse des larges plaques de morphée.

Cette jeune fille était née dans l'Inde et avait été nourrie par une nourrice indienne ; elle y avait été vaccinée, et y était restée jusqu'à l'âge de huit ans ; son père et sa mère, tous deux d'origine européenne, étaient aussi nés dans l'Inde et y avaient passé la plus grande partie de leur vie. La nourrice indienne était saine, ainsi que sa famille et ses enfants.

Obs. III. — *Morphœa alba et nigra.* — B..., petite fille délicate, âgée de six ans, nous fut amenée au mois d'août 1865 pour un *lichen urticatus*. En examinant sa peau nous découvrîmes par hasard quatre taches de morphée ; trois d'entre elles étaient situées du même côté du corps, une seule, insignifiante de l'autre. La plus grande plaque était un disque circulaire qui s'étendait de l'ombilic au rebord des côtes ; il était parfaitement blanc, uni et verni. Au-dessous deux taches considérables existaient sur le flanc ; l'une avait son centre brun foncé, l'autre présentait une marbrure d'un brun encore plus foncé ; en dehors des centres bruns était un bord blanc ; et un cercle d'un rouge pourpre délicat entourait ce bord. La plaque de l'autre côté n'était qu'une petite tache mélanique occupant la convexité de la hanche.

La malade était sœur de deux enfants délicats comme elle ; elle avait eu la rougeole et la petite vérole, et les plaques de morphée s'étaient montrées deux ans auparavant, commençant par des taches mélaniques de la largeur d'une pièce de 4 penny, qui s'élargirent peu à peu jusqu'à la dimension actuelle. La mère avait noté que les plaques malades étaient moins sensibles que le reste de la peau.

Ce mémoire a été lu devant la Société Harveyenne de Londres, en avril 1868, et a été publié dans le *Journal of cutaneous medicine*, n° 6, p. 153 et *seq.*; traduit et analysé par H. Coutagne.

De la nature et du traitement du lupus érythémateux, par le docteur Maurice Kohn, docent à Vienne.

Décrite d'abord par M. Biett sous le nom d'érythème centrifuge, en 1845, par Hebra sous le nom de séborrhée congestive, cette affection cutanée fut appelée, en 1851, *lupus érythémateux* par Casenave. Cette dernière dénomination a été adoptée depuis par Hebra et a prévalu dans la science.

Les cas bien constatés et publiés sont rares avant 1850 ; mais, dans ces dernières années, les observations se sont multipliées sous nos yeux ; nous avons appris à mieux connaître les symptômes de la maladie et nous avons institué avec succès de nouvelles méthodes de traitement ; c'est ce qui nous a engagé à publier cet article.

Le lupus érythémateux se trouve d'ordinaire sous forme de taches rondes ou arrondies, grandes comme une pièce d'un centime ou plus, comme la paume de la main quelquefois ; à leur centre, il y a une croûte plate, mince, d'un jaune brun sale, ou une masse squameuse d'un blanc sale ; d'autres fois c'est une peau blanche et brillante comme de la cicatrice ou bien une cicatrice plate ; leur pourtour est formé par un anneau de 1 à 2 millimètres de largeur, d'un rouge vif, garni de petites croûtes et de squames d'un blanc jaunâtre et d'un jaune sale ; cet anneau est assez dur au toucher et forme un bourrelet saillant, plus élevé que la peau saine et que la cicatrice centrale.

Le lupus érythémateux se trouve le plus souvent à la face, sur le nez et sur les joues ; il figure assez bien un papillon dont le corps serait sur le dos du nez et les ailes sur les joues ; on l'observe encore à la pointe du nez, aux paupières, au pavillon de l'oreille, aux lèvres, au cuir chevelu ; dans ce dernier cas, les taches sont souvent nombreuses et très-étendues, isolées ou réunies ; la perte des cheveux est complète dans les parties malades ; d'autres fois il envahit la paume de la main,

les doigts, la nuque, le tronc jusqu'au-dessous des seins, les orteils. Nous n'en avons pas encore trouvé entre la ceinture et les orteils et nous n'en avons vu qu'une fois aux avants-bas.

On peut quelquefois assister au développement du lupus érythémateux; les taches qui se forment sont isolées ou bien se trouvent dans le voisinage de plaques; elles sont d'abord grandes comme un grain de chènevis ou une lentille, d'un rouge vif ou livides, peu saillantes; leur centre est plat, déprimé, pâle, et ressemble à une cicatrice ou bien est formé par une petite squame mince, adhérente, grasse au toucher. Le bourrelet périphérique s'agrandit et à mesure qu'il s'étend, la tache blanche du centre devient plus nette et plus apparente; quand on enlève la petite pellicule squamense on trouve, à sa face inférieure, de minces prolongements épidermiques qui pénètrent dans les orifices des follicules sébacés.

C'est en s'étendant que les petites taches primaires donnent de grandes plaques: celles-ci proviennent quelquefois aussi de la réunion de petites taches isolées; la peau redevient normale ou prend la teinte blanche d'une cicatrice à l'intérieur, tandis que les segments périphériques des anneaux s'ajoutent à ceux des autres taches pour former l'anneau d'une grande plaque. D'autres fois, enfin, les petites taches se réunissent en groupes réguliers, sans se confondre. Dans un cas très-intéressant du service du professeur Hebra, nous avons vu, dans un espace de deux ans, ces taches se développer en grand nombre et en groupes serrés au visage, au cuir chevelu, aux oreilles, à la nuque, dans le dos jusqu'aux lombes, aux épaules, aux avants-bras, à la poitrine, sur les seins, aux lèvres, aux doigts, à la paume de la main, aux orteils; il ne se forme de grande plaque ni par confluence de plusieurs petites taches, ni par extension centrifuge d'une seule d'entre elles.

Le lupus érythémateux peut subir des métamorphoses régressives et même rétrocéder complétement; mais il persiste pendant des mois et des années en occupant des espaces plus

ou moins grands de la peau; il peut guérir spontanément; les taches primitives présentent alors à leur centre une mince cicatrice et à leur périphérie un anneau pigmenté; ou bien la peau est amincie, sèche, difficile à plisser, un peu ridée, semblable à du parchemin.

On comprend donc que la thérapeutique se soit efforcée de diminuer autant que possible les traces des lésions que la maladie a déjà produites, de s'opposer à son extension et de prévenir les récidives. On a proposé les agents internes et externes les plus variés; mais il est évident aujourd'hui que, parmi les médicaments internes, il n'y en a pas un qui ait la moindre influence sur la maladie. Le choix du traitement interne dépend de la cause qu'on suppose au lupus érythémateux; dans la plupart des cas il atteint des jeunes gens qui présentent les caractères de la scrofulose: engorgements ganglionnaires, chlorose, mauvaise nutrition générale; les malades plus âgés sont assez souvent mal nourris, chlorotiques, tuberculeux; mais on trouve aussi le lupus chez des gens vigoureux, bien nourris. Dans quelques cas, il est provoqué par la séborrhée intense qui suit la variole. Après cet exanthème, il se produit quelquefois, pendant des mois entiers, une sécrétion tellement abondante des follicules sébacés du visage que le nez, les joues et le front paraissent couverts d'une épaisse couche d'écailles de graisse; le nez a parfois doublé de volume et paraît garni d'une tumeur bosselée, d'un jaune sale; les malades s'en débarrassent difficilement; car ils appréhendent d'attaquer énergiquement ces productions sébacées et leur crainte est même partagée par quelques médecins. Il suffit pourtant d'un peu d'huile et de savon pour les faire disparaître. Quand on les enlève avec la pince, on voit, à leur face inférieure, les prolongements épidermiques dont nous avons déjà parlé; les bords des orifices folliculaires sont excoriés. Si l'on continue pendant quelque temps les frictions d'huile et les lotions savonneuses, ces bords se cicatrisent, les orifices deviennent plus petits, moins appa-

rents, la sécrétion sébacée diminue et la peau revient à son état normal.

Parfois, après avoir enlevé ces croûtes sébacées, on remarque que quelques orifices sont entourés d'une auréole rouge, traversée par des vaisseaux dilatés ; au centre de cette auréole, il y a une petite squame sébacée ; en d'autres endroits, on voit des groupes de taches ; dans ces cas on a donc affaire à un vrai lupus érythémateux, qui s'est développé d'une manière subaiguë et qui est évidemment dû à la séborrhée, ce sont ces cas qui ont fait appeler la maladie séborrhée congestive par Hebra. Aujourd'hui encore, cet auteur croit qu'elle commence par une inflammation autour des follicules sébacés ; les recherches microscopiques faites depuis par Neumann (*Med. Wochenschrifft*, 1863), par Biesiadecki et par moi, celles que Geddings a publiées dans les mémoires de l'Académie des sciences de Vienne (mars 1868), n'ont pu que confirmer cette opinion.

On voit, d'après ces considérations, que la chlorose et la scrofulose (états pathologiques généraux mal définis et souvent bien difficiles à diagnostiquer d'une manière rigoureuse) sont des causes hypothétiques et quelquefois peut-être des suites du lupus érythémateux ; malgré cela, on s'est plu, jusqu'à ce jour, à donner les ferrugineux sous les formes et aux doses les plus variées, l'huile de foie de morue avec ou sans iode, l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler ou de pilules asiatiques, etc. Mais ces médicaments n'ont jamais guéri la maladie ; on peut tout au plus les considérer comme des adjuvants du traitement externe. Dans trois cas, nous avons administré, longtemps et à diverses reprises, l'iodure de potassium contre des douleurs rhumathoïdes intenses et persistantes à la tête et aux membres, mais sans aucun succès ; les frictions mercurielles ne nous donnèrent pas plus de résultats et nous fûmes obligé de recourir aux narcotiques (à l'intérieur et en injections sous-cutanées).

Les *médicaments externes* et la *manière de les employer* seuls ont une action curative directe et réelle ; mais parmi les

agents reconnus bons, aucun n'est utile dans tous les cas ou ne suffit même pour un seul cas; car le lupus érythémateux est une affection très-rebelle, et il arrive souvent que, traité énergiquement dans un endroit, il y disparaisse, mais se reproduise aux environs; l'intervention thérapeutique a donc agrandi le foyer de la maladie. Il ne faut pas perdre de vue que le lupus, en guérissant spontanément, ne laisse que des cicatrices minces et plates. On devra donc se borner aux caustiques dont l'action est superficielle, et les appliquer d'autant plus souvent qu'ils seront plus faibles; il ne faudra jamais recourir à un nouvel agent avant d'avoir bien observé les effets du premier. Le traitement est fort long, quoique, dans quelques cas heureux, la maladie puisse disparaître en quelques semaines.

Tous les agents dont nous allons parler ont donné d'excellents résultats, mais chacun dans quelques cas seulement; un médicament peut donner une série heureuse et échouer complétement dans d'autres cas; aussi faudrait-il peut-être restreindre la valeur que nous attribuons à l'emplâtre mercuriel, qui vient de nous rendre les plus grands services.

(*La suite au prochain numéro.*)

Formule contre les ténesmes vésicaux, surtout contre ceux qui accompagnent la blennorrhagie uréthrale.

Faites infuser cinq minutes 6 décigrammes de feuilles de jusquiame dans 100 grammes d'eau bouillante. Édulcorez.

A boire, par cuillerée à bouche, de demi-heure en demi-heure.

Cesser d'en boire lorsqu'on sent la bouche se sécher, avant-coureur du narcotisme. P. DIDAY.

Paris. — Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

ÉTUDE
SUR
LA TEIGNE FAVEUSE CHEZ LES ANIMAUX DOMESTIQUES

PAR F. SAINT-CYR,
Professeur à l'École vétérinaire de Lyon.

La question que je soumets au jugement du public médical me paraît avoir une réelle importance, non-seulement au point de vue de la pathologie composée, mais encore au point de vue de l'hygiène publique.

En effet, si, comme je crois être en mesure de le démontrer, les animaux sont sujets à la *teigne faveuse*, principalement ceux qui sont le plus ordinairement en contact avec l'homme, si la maladie que j'appelle ainsi est bien identique par sa nature avec la teigne faveuse de l'homme, si elle est produite dans tous les cas par le même cryptogame parasite, il est évident que les animaux *teigneux* peuvent être dans certains cas, les agents propagateurs de l'une des maladies les plus rebelles et les plus dégoûtantes qui puissent atteindre l'enfance. A ce titre,

l'étude de la teigne chez les animaux offre donc, ainsi que je le disais plus haut, un intérêt qu'on ne saurait méconnaître.

HISTORIQUE. — On trouve dans une thèse peu connue d'un ancien interne de l'Antiquaille de Lyon, hôpital consacré spécialement au traitement des maladies vénériennes et des maladies cutanées, la mention suivante que je transcris textuellement :

« Les animaux paraissent eux-mêmes susceptibles d'être atteints du favus par la voie contagieuse. J'ai vu, dans le service des enfants teigneux (de l'Antiquaille), deux chats avec lesquels jouaient les petites malades contracter le favus, et un favus absolument semblable à celui dont elles étaient elles-mêmes pour la plupart affectées; les *favi* étaient cupulés, secs, arrondis, d'une couleur citrine ; il y en avait de très-petits, presque rudimentaires; d'autres au contraire, et plus spécialement entre les phalanges de la patte d'un de ces chats, avaient le volume d'un gros pois; enfin les poils étaient détruits autour des godets, dans un rayon de quelques millimètres » (1).

D'autre part, on lit dans l'ouvrage de M. Bazin sur les affections parasitaires (2) :

« Tous les auteurs qui ont écrit sur la teigne faveuse, semblent n'avoir jamais observé cette maladie que dans l'espèce humaine ; aussi personne n'a, que je sache, parlé de la transmission du favus des animaux à l'homme. »

Cependant, dans le courant de l'hiver dernier, un jeune médecin fort distingué de New-York, M. Draper, m'assura que, dans son pays au moins, le favus n'était pas rare chez les animaux, et que lui-même avait eu l'occasion de le voir plus d'une fois sur des rats. — Il en avait recueilli avec soin une obser-

(1) *Essai sur le favus*, thèse pour le doctorat en médecine présentée et soutenue, le 12 mai 1847, par J. C. Jacquetant. Paris, 1847.

(2) *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires*, professées par M. le docteur Bazin, rédigées et publiées par M. A. Pouquet. Paris, 1858, p. 118.

vation fort remarquable, et je le priai de me la communiquer dès qu'il serait de retour à New-York. — Voici le résumé de cette observation, à laquelle M. Draper a bien voulu joindre quelques fragments des croûtes, prises à cette époque sur les animaux malades :

« Dans le courant de l'année 1854, plusieurs membres d'une même famille, parmi lesquels était un jeune médecin, remarquèrent que plusieurs souris prises au piége étaient affectées d'une singulière maladie. Sur la tête et sur les membres antérieurs existaient des croûtes jaunâtres, un peu foncées, de forme assez régulièrement circulaire, et plus ou moins élevées au-dessus des parties demeurées saines. En outre, une dépression manifeste se voyait au centre de chacune de ces croûtes, ainsi qu'on l'observe dans le *porrigo favosa*, et sur les parties où ces dernières étaient tombées, des ulcères existaient et semblaient avoir détruit la peau dans toute son épaisseur. Ces souris malades furent données à un chat, qui offrit quelque temps après, au-dessus de l'œil, une croûte semblable à celles que portaient les souris. Plus tard, deux jeunes enfants de la maison, qui jouaient avec le chat, furent successivement et à quinze jours d'intervalle affectés de la même maladie ; des croûtes jaunâtres circulaires se montrèrent sur plusieurs parties du corps, à l'épaule, à la fesse, à la cuisse. — Le médecin appelé prononça le nom redoutable de *porrigo favosa*. Cependant des applications d'acétate de cuivre et d'hyposulfite de soude suffirent pour la complète guérison des petits malades.

» Les croûtes envoyées avec l'observation avaient été prises par M. Draper sur la tête d'une souris, et ce jeune médecin, qui a appris à l'école de M. Robin le maniement du microscope, m'écrit, après avoir examiné cette matière : « J'ai l'im» pression que c'est bien du favus que j'ai recueilli autrefois. » M. Bazin à son tour, ayant examiné les fragments envoyés, y a trouvé l'achorion avec ses caractères les plus tranchés. — Le cryptogame n'avait pas été altéré par le temps. »

Voilà ce que j'ai trouvé dans les auteurs relativement à la teigne des animaux. On jugera ce que mes recherches personnelles ont pu y ajouter.

Ces recherches remontent à 1864. — Le 27 août de ladite année, un marchand quincaillier de notre ville présenta à la clinique de notre école un jeune chat portant sous le ventre, au voisinage de l'ombilic, deux plaques croûteuses, régulièrement circulaires, d'une belle couleur jaune de soufre, ayant les dimensions d'une pièce de 20 centimes à peu près, dont les bords étaient un peu relevés, et le centre très-sensiblement déprimé en godet. Frappé de l'aspect singulier de cette lésion, que je n'avais jamais rencontrée jusqu'alors, je fis admettre ce chat dans nos hôpitaux, afin de pouvoir l'étudier plus facilement ; je le montrai à plusieurs médecins de notre ville, notamment à M. le docteur Rollet, ex-chirurgien de l'Antiquaille, qui, après un examen attentif, n'hésita point à diagnostiquer la teigne faveuse.

Une fois mon attention éveillée sur ce point, je ne tardai point à rencontrer de nouveaux cas de cette affection. C'est ainsi que je l'ai retrouvée, le 18 octobre 1864, le 12 mai 1865, le 25 janvier 1866, le 8 juillet 1866, sur de jeunes chats, et enfin le 11 juillet 1867, pour la première fois, sur un jeune chien. — J'ai donc eu, comme on voit, d'assez fréquentes occasions d'étudier cliniquement cette maladie ; je me suis en outre livré à des inoculations déjà assez nombreuses, dans le but d'étudier expérimentalement cette affection jusqu'ici si peu connue, et de déterminer ses rapports avec la teigne faveuse de l'enfant. — Ce sont ces recherches à la fois cliniques et expérimentales qui forment la base de ce mémoire.

Caractères de la maladie. — L'affection dont il s'agit peut se montrer sur toutes les parties du corps ; les expériences dont je parlerai plus loin le prouvent ; cependant, chez le chat, il est une région qu'elle affecte de préférence : c'est l'extrémité des pattes, la base des ongles. C'est là que je l'ai toujours

rencontrée chez mes malades de cette espèce ; à l'exception du premier, où les croûtes siégeaient, ainsi que je l'ai dit plus haut, au voisinage de l'ombilic, et d'un autre observé tout récemment, dont on trouvera plus loin l'observation détaillée.

Dans le cas unique de teigne faveuse accidentelle que j'aie observé jusqu'à présent chez le chien, la maladie siégeait à la tête, sur le crâne et la base des oreilles.

Quand elle est déjà un peu ancienne, comme elle l'est toujours chez les sujets pour lesquels on réclame nos conseils, elle se caractérise par un ou plusieurs amas de croûtes irrégulières, plus ou moins crevassées, d'une consistance un peu poisseuse, offrant, lorsqu'on les brise, une structure finement grenue, et présentant une belle couleur jaune de soufre. — Chez le chat, ces croûtes occupent en général, un espace très-limité, surtout quand elles existent, comme c'est la règle, à la base des ongles ; elles occupaient une assez large surface sur la tête du chien dont j'ai déjà parlé. — Elles affectent une disposition remarquable : leur contour parfois très-régulièrement circulaire, d'autres fois plus ou moins échancré, forme un léger rebord qui s'élève un peu au-dessus de la peau environnante ; leur centre est, au contraire, plus ou moins fortement déprimé, ce qui donne à l'ensemble de la croûte l'aspect d'une petite *cupule* ou d'un *godet*. — Ces godets ou *favi* sont plus ou moins nombreux et plus ou moins étendus. Chez mon premier chat, ils étaient au nombre de deux seulement, mais très-nets, très-réguliers, et ils ne tardèrent pas à atteindre les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Chez mon chien, ils étaient extrêmement multipliés, couvraient presque toute la portion droite du crâne répondant à l'occipital, et une grande partie de l'oreille du même côté ; mais ils étaient beaucoup plus petits, et ne dépassaient pas, en général, 1 à 2 millimètres de diamètre, — Cette disposition en cupule est beaucoup moins marquée, quand le favus siége à la base de l'ongle ; là on ne voit, le plus souvent, qu'un amoncellement irrégulier de croûtes jaunes,

poisseuses, fendillées, mais que le microscope montre très-évidemment formées par les mêmes éléments que celles plus haut décrites. — A la surface libre de ces croûtes, on trouve souvent des poils hérissés, roides et ternes, qui paraissent traverser toute l'épaisseur de la plaque faveuse, et qui s'arrachent à la moindre traction. Plus tard, ces poils tombent arrachés, déracinés par les progrès de la maladie, mais non cassés ou coupés net au ras des croûtes, comme dans l'herpès tonsurant.

Si l'on enlève ces croûtes avec précaution, on trouve au-dessous d'elles la peau amincie, déprimée et comme atrophiée par compression ; mais lisse, non ulcérée, complétement sèche, ou fournissant à peine un léger suintement séreux ; parfois pâle et comme anémique, plus souvent rouge, irritée, et laissant voir par transparence quelques ramuscules vasculaires très-déliés. — Au pourtour de la croûte, la peau est sensiblement enflammée, rouge, épaisse, et forme comme un bourrelet assez saillant.

Examinées au microscope, ces croûtes se montrent exclusivement formées par les éléments d'un cryptogame élémentaire, — spores, mycélium, tubes sporophores, — qui offrent la plus complète identité avec ceux figurés et décrits par MM. Hebert-Bazin et Ch. Robin, comme caractérisant l'*Achorion Schœnleinii* (1). — Ces éléments s'y trouvent répandus avec une profusion incroyable, et rien n'est plus facile que de les étudier.

Voici la description abrégée de ces divers éléments, tels que j'ai été très-souvent à même de les étudier :

Les *spores* sont de petits corps sphériques très-réfringents, de volume variable, tantôt très-exactement sphériques, tantôt ovales, et dont les dimensions quoique assez uniformes, peuvent cependant varier dans des limites assez étendues. D'après quelques mensurations que j'ai essayé d'en faire, je crois pou-

(1) Voy. Ch. Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites*, 1853, p. 441 et suiv.

voir fixer entre $0^{mm},03$ et $0^{mm},06$ leur moyen diamètre. Ce sont ces éléments qui forment la masse principale de la croûte faveuse. On y trouve cependant aussi, en quantité variable, mais toujours beaucoup moins considérable, des spores *ovulaires*, *articulées* bout à bout, et formant des espèces de chapelets, et des *tubes* droits et courts, remplis les uns de spores en voie de développement, les autres de granulations fines et très-brillantes.

Après les spores libres, l'élément le plus abondant est ce qu'on appelle le *mycélium*, constitué par un amas de tubes longs, ordinairement flexueux, tantôt simples, tantôt, mais plus rarement, une ou deux fois ramifiés, entrelacés et comme feutrés, et emprisonnant dans les mailles formées par leur feutrage un nombre plus ou moins grand de spores.

Cet élément, ainsi que le dit M. Robin, et comme j'ai pu le vérifier bien souvent, se trouve surtout et à peu près exclusivement à la surface du *favus* en contact avec la peau de l'animal.

J'ai souvent examiné comparativement ces éléments divers du favus des animaux et ceux du favus de l'homme, et je n'ai pas noté entre eux la moindre différence.

L'affection que je viens de décrire s'accompagne ; chez le chien, d'un prurit assez vif, symptôme à peine marqué chez le chat ; elle ne paraît d'ailleurs, exercer aucune influence fâcheuse sur la santé générale ; les animaux qui en sont atteints mangent, boivent, jouent, conservent leur gaieté, absolument comme dans la santé la plus parfaite.

Telle est la maladie observée cliniquement. J'ai dit plus haut que j'avais fait un certain nombre d'expériences en vue de m'assurer de sa contagiosité ; c'est ici le lieu de faire connaître ces expériences, dont le résumé complétera l'histoire symptomatologique de l'affection.

Expériences relatives à la transmission de la teigne des animaux aux animaux. — Ces expériences, déjà assez

nombreuses, ont été entreprises non-seulement dans le but de m'assurer de la contagiosité de la maladie, contagiosité que la nature évidemment parasitaire de l'affection faisait suffisamment pressentir *à priori*, mais encore dans celui d'étudier les caractères de la teigne à son début chez les animaux, étude que l'observation clinique seule ne permet pas de faire, car, ainsi que je l'ai déjà dit, la maladie est presque toujours ancienne quand on réclame nos conseils. — Voici de quelle manière j'ai procédé à ces expériences, qui réussissent presque toujours quand on a soin de choisir des sujets convenables, c'est-à-dire jeunes.

Sur un point du corps où l'animal peut difficilement porter ses pattes, comme le dessus de la tête par exemple, on coupe les poils aussi ras que possible, sur une largeur égale à celle d'une pièce de 1 à 2 francs; puis on applique un léger épispastique, comme une mouche de Milan par exemple, que l'on fixe convenablement, et qu'on laisse en place vingt-quatre ou trente-six heures. — Quand on enlève la mouche de Milan, on trouve l'épiderme soulevé par une petite quantité de sérosité ; on le détache, et sur la surface humide on répand un peu de poussière faveuse, soit sèche, soit, ce qui vaut mieux, convenablement détrempée et délayée dans une goutte d'eau. On peut ensuite recouvrir la surface ainsi ensemencée d'un emplâtre diachylon ; cette précaution n'est pas indispensable, mais elle est utile ; elle maintient la surface dans un état d'humidité favorable à la germination du parasite. Du reste, on peut enlever l'emplâtre quarante-huit heures après son application. Voici alors ce qu'on observe :

La surface ensemencée, encore un peu humide au moment où l'on détache l'emplâtre, ne tarde pas à se dessécher ; l'épiderme se régénère, mais, au lieu de former une couche continue, lisse et adhérente, il se détache et s'enlève, pendant plusieurs jours, sous forme d'écailles furfuracées plus ou moins étendues. Du huitième au douzième jour, on commence à

distinguer, sur la surface où l'on a déposé la poussière faveuse, quelques petits tubercules gros comme une tête d'épingle, un grain de mil ou, au plus, comme une petite lentille, peu saillants, mais durs au toucher, et de couleur grisâtre. Bientôt ces tubercules, d'abord hémisphériques, se dépriment à leur centre, tandis que leurs bords s'élèvent et prennent un aspect cupuliforme plus ou moins marqué. Ce sont de véritables *favi*, traversés par un petit bouquet de poils hérissés, et qui ne diffèrent des *favi*, que nous avons décrits plus haut, qu'en ce que leur couleur reste assez longtemps terne et grise.

Si l'on enlève cette première croûte faveuse, il s'en reforme très-rapidement, quelquefois du jour au lendemain, une seconde qui, cette fois, offre bien la teinte jaune soufrée caractéristique.

Du reste, dans la croûte primitive, comme dans celle qui succède à son avulsion, on retrouve, à l'examen microscopique, les mêmes éléments, mycélium, tubes sporophores et spores, que nous avons signalés dans les croûtes de la teigne, telle qu'elle se présente à l'observation clinique, éléments qui peuvent de même, ainsi que je m'en suis assuré par l'expérimentation directe, servir à la reproduction de la maladie.

Avec le temps, ces *favi* s'agrandissent; d'autres se forment dans leur voisinage; les plus rapprochés se touchent bientôt par leurs bords; ils se déforment, alors; parfois leur dépression centrale se comble par l'accumulation incessante de nouveaux éléments cryptogamiques, et l'aspect cupuliforme peut disparaître; mais il est très-rare qu'on ne le retrouve pas encore nettement accusé sur les bords de la partie affectée.

RAPPORTS DE LA TEIGNE DES ANIMAUX AVEC LA TEIGNE DE L'HOMME. — D'après ce qui précède, il est déjà évident que la maladie que je viens de décrire offre avec la teigne de l'enfant de nombreuses analogies. — Même *nature* essentiellement parasitaire; mêmes *propriétés contagieuses*; même *aspect cupuliforme* de la lésion primitive; même constitution

des croûtes ; enfin ressemblance parfaite, dans les deux maladies, des éléments constitutifs du microphyte qui les produit. — Il ne restait plus, pour établir entre elles une identité complète, qu'à prouver qu'elles sont transmissibles d'une espèce à l'autre, que la teigne de l'enfant, par exemple, peut se transmettre au chat, et que la maladie qu'on détermine en semant sur la peau du chat les spores de la teigne de l'enfant offre bien tous les caractères de l'affection que j'ai observée, et que je viens de décrire chez cet animal. C'est ce que j'ai entrepris de faire.

Le 7 février 1866, M. Dron, aujourd'hui chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, me remit des croûtes prises sur la tête d'un enfant teigneux de son service. Quelques jours après, je les semai sur la tête d'un jeune chat, d'après le procédé que j'ai décrit plus haut, et j'obtins, comme résultat, une fort belle teigne, parfaitement semblable à celle que j'avais obtenue dans mes précédentes expériences. Cela n'est donc pas douteux : la teigne de l'enfant est contagieuse pour le chat, et cette teigne transmise de l'enfant au chat offre les mêmes caractères que celle transmise directement du chat au chat. On peut, dès lors, conclure hardiment que la teigne du chat pourrait également se transmettre à l'enfant, et qu'il y a, par conséquent, identité complète entre les deux maladies.

Étiologie. — La cause essentielle de la maladie chez les animaux, c'est la *contagion*, ou, pour parler d'une manière plus exacte, le transport des spores de l'*achorion* d'un sujet malade sur un animal sain. On ne conçoit pas même qu'il puisse y avoir, pour cette affection essentiellement parasitaire, d'autre cause réellement *efficiente* que celle-là. Mais les circonstances contingentes n'en ont pas moins sur le développement de la maladie une influence réelle et très-évidente.

Parmi ces circonstances contingentes, celle dont l'action est le mieux démontrée, c'est l'*âge* des sujets. Tous les animaux chez lesquels j'ai, jusqu'ici, observé la teigne étaient jeunes ;

les chats, au nombre de sept ou huit, n'avaient pas plus de six semaines à deux mois; le chien avait quatre mois à peu près, et c'était le plus âgé de mes malades.

Les expériences dont j'ai rendu compte plus haut confirment cette influence que j'attribue au jeune âge dans la production de la teigne. J'ai essayé deux fois de la transmettre à des chats adultes, et je n'ai pas réussi ; tandis que toutes les expériences, au nombre de huit, que j'ai tentées chez des animaux âgés de moins de trois mois ont donné toutes, sans exception, un résultat positif.

Un certain degré d'humidité de la surface sur laquelle on dépose les spores paraît aussi nécessaire à la germination et au développement du microphyte. Si l'on se contente de les déposer sur une surface sèche, pourvue de son épiderme intact, on échoue généralement ; on réussit très-bien, au contraire, en les déposant sur une surface irritée par un vésicatoire et humectée de sérosité.

Peut-être y a-t-il encore d'autres circonstances qui favorisent ou entravent la germination du parasite ; mais, jusqu'ici, je n'ai pas été à même de constater leur influence.

Pronostic et traitement. — La teigne est loin d'avoir chez les animaux la même gravité, la même ténacité que chez l'enfant ; on pourrait même dire qu'autant elle est tenace, difficile à guérir chez les enfants, autant elle est bénigne, facilement curable chez les animaux. — Tous ceux chez lesquels j'ai été appelé à la traiter ont guéri, même assez rapidement, par un traitement des plus simples. J'ai même vu un de mes chats d'expérience, abandonné complétement à lui-même, guérir très-bien sans aucun traitement, au bout d'un temps qui n'a pas été exactement noté, mais que je puis fixer très-approximativement à trois mois. Voici le traitement que j'ai mis le plus ordinairement en usage, et, je le répète, avec un succès constant :

Je commence par faire tomber les croûtes plus ou moins

adhérentes, avec une spatule ou l'extrémité mousse des ciseaux courbes, en agissant avec assez de précaution pour ne pas faire saigner. Puis, sur la peau débarrassée aussi bien que possible, je fais chaque jour une lotion avec une solution plus ou moins concentrée de sublimé corrosif (sublimé de 1 à 5 grammes, eau distillée 50 grammes). — Après la première lotion, les croûtes faveuses ont parfois une certaine tendance à se reproduire, et les éléments cryptogamiques à repulluler ; il faut alors, à la deuxième lotion, enlever la croûte, comme la première fois. — Cinq ou six lotions sont ordinairement suffisantes ; quelquefois, pourtant, surtout quand la maladie siége à la base de la griffe, il en faut davantage ; mais, je le répète, on parvient toujours, en peu de temps, à se rendre maître de l'affection.

Sous l'influence de ce traitement parasiticide, la peau, déprimée, ne tarde pas à récupérer sa vitalité et son épaisseur normales. Pendant les deux ou trois premiers jours, il se forme encore une nouvelle croûte ; mais celle-ci n'a plus la couleur jaune soufrée de la croûte primitive, et, si on l'examine au microscope, on n'y trouve plus les éléments du parasite, mais seulement de nombreux éléments épithéliaux. Enfin, cette croûte tombe, laissant voir la peau encore dépilée, mais partout de niveau, lisse, souple, en un mot parfaitement saine. Puis les poils repoussent à leur tour, et, au bout d'un temps qui varie un peu, mais qui peut être fixé, en moyenne, à trois mois, il serait difficile de retrouver la place qui a été affectée.

Au lieu des lotions de sublimé, j'ai quelquefois employé, et cela avec un succès presque égal, les onctions avec une pommade de nitrate d'argent au centième. Il faut seulement avoir le soin d'appuyer un peu en faisant la friction, afin de faire pénétrer la pommade.

On s'étonnera peut-être de la facilité avec laquelle on obtient chez les animaux la guérison d'une affection si rebelle chez l'enfant. Je pense que cette différence tient, en grande partie,

à la différence d'organisation de la peau chez les diverses espèces. — La peau, chez le chien et surtout chez le chat, est mince, fine, très-souple ; elle est garnie de poils nombreux, mais fins et implantés peu profondément. Le cuir chevelu, au contraire, siége habituel de la teigne, est épais, et les cheveux y implantent profondément leur bulbe. — Or, comme les spores du végétal parasite s'insinuent jusque dans la profondeur du follicule pileux, à la face interne duquel elles forment une couche adhérente (1), on comprend qu'elles seront d'autant plus difficilement atteintes par l'agent parasiticide qu'elles se trouveront plus profondément situées.

Ce qui me porte à penser que la différence de gravité de la teigne chez les animaux et chez l'homme tient bien à la cause que je viens de signaler, c'est que le favus qui, chez l'homme, se montre quelquefois sur d'autres parties du corps que le cuir chevelu, offre alors une résistance incomparablement moins grande aux moyens de traitement. « Quand le favus occupe simultanément le cuir chevelu et d'autres régions du corps, dit M. Bazin, les bains seuls débarrassent le malade de son favus du corps, qui, le plus souvent, ne se reproduit pas (2). »

Conséquences pour l'hygiène publique. — Les animaux, comme l'homme, sont sujets à la teigne. Cette maladie, chez eux, paraît même être assez commune, puisque, depuis 1864, c'est-à-dire dans l'espace de quatre ans, nous avons pu en recueillir neuf observations; et si elle n'a pas été signalée plus souvent, c'est que, bien certainement, l'attention des observateurs n'avait pas été appelée de ce côté. — Les animaux chez lesquels elle a été signalée jusqu'à ce jour sont : le *chat*, en 1847, par M. Jaquetant, et, par nous, en 1864 ; la *souris*, par MM. Bazin et Pouquet en 1858 et, tout récemment, par

(1) Ch. Robin, *Végétaux parasites*, p. 442.
(2) E. Bazin, *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*. Paris, 1853, p. 94.

M. R. Tripier (1), médecin des hôpitaux de Lyon, et enfin le *chien*, par nous, en 1867. — Cette maladie, identique chez l'homme et les animaux, est essentiellement contagieuse. — Non-seulement elle peut se transmettre de l'homme à l'homme et de l'animal à l'animal, mais encore de l'homme à l'animal. On peut dès lors admettre, sans crainte de se tromper, qu'elle doit pouvoir aussi se propager des animaux à l'homme. C'est, au surplus, ce que démontre une expérience encore inédite de M. le docteur R. Tripier, de Lyon, qui s'est inoculé à lui-même, avec un plein succès, la teigne de la souris : c'est aussi ce que confirme l'observation clinique, ainsi que cela ressort des faits suivants :

Le 25 janvier 1866, on nous présenta, à la clinique de l'école vétérinaire de Lyon, un jeune chat, âgé de deux mois environ, chez lequel nous reconnaissons, à la naissance de l'ongle du doigt médian de la patte droite, une très-belle plaque faveuse. — Deux enfants de la maison d'où venait ce petit animal, un petit garçon et une petite fille, l'accompagnaient. — Ils craignaient que ce chat, avec lequel ils avaient l'habitude de jouer, ne leur eût *donné son mal*. Ils nous montrent, en effet, l'un et l'autre, deux plaques erythémateuses, qu'ils nous prient d'examiner.

Chez la petite fille, l'une de ces plaques, de la largeur d'une pièce de 2 francs environ, assez régulièrement circulaire, très-prurigineuse et d'une couleur rougeâtre, siégeait au front, à la naissance des cheveux. — Elle datait, au dire de l'enfant, d'une quinzaine de jours. — On ne voyait sur la surface malade, ni vésicules, ni pustules, mais seulement quelques croûtes jaunâtres. — Une deuxième plaque, de même étendue que la précédente, existait à la face interne de la cuisse, un peu au-dessus du genou. Elle offrait les mêmes caractères

(1) R. Tripier, communication à la Société des sciences médicales de Lyon, séance du 21 août 1867.

que la première, à cela près que, au lieu de croûtes, il y avait seulement à sa surface quelques lamelles d'épiderme. Cette plaque datait de huit jours seulement.

Le jeune garçon portait, sur chaque avant-bras, une plaque érythémateuse, d'un rouge assez vif, très-prurigineuse, de la largeur d'une pièce de 5 francs en argent, et offrant d'ailleurs tous les caractères de celles plus haut décrites.

J'adressai immédiatement ces deux malades à M. le docteur Rollet, qui a bien voulu les examiner et qui m'a remis, à leur sujet, la note suivante :

« A l'œil nu, les éruptions présentées par les deux enfants que vous m'avez adressés avaient les principaux caractères des plaques érythémateuses par lesquelles débute le favus de la peau dans les points qui ne sont recouverts que par des poils de duvet. A la vérité, je n'ai pas trouvé, à l'examen microscopique de l'épiderme raclé à la surface de ces plaques, des traces appréciables de champignon. Néanmoins, je crois que l'*achorion* aurait fini par s'y développer ; mais, au moment où j'ai examiné l'éruption, le parasite n'avait probablement pas encore eu le temps de germer, de multiplier, de manière à se présenter à l'observation à l'état de plein développement. »

A quelque temps de là, en mai ou juin 1866 (la date précise de cette observation a malheureusement été égarée), la clinique de notre école m'offrit de nouveau l'occasion d'étudier la teigne chez un jeune chat appartenant à un architecte bien connu de notre ville. — La domestique qui nous présenta ce malade offrait, elle aussi, deux plaques érythémateuses, l'une au cou, l'autre, sur l'avant-bras gauche. Comme précédemment j'adressai cette fille à M. le docteur Rollet, qui, de même que pour les précédents malades, fut porté à y voir le début du favus du corps, et à attribuer la maladie à la contagion.

Je ne me dissimule pas ce qui manque à ces faits pour être tout à fait démonstratifs, puisque, chez aucun de ces trois malades, le corps du délit — je veux dire le parasite — n'a pu

être retrouvé; néanmoins il me semble qu'on peut, sans beaucoup de témérité, assigner à la maladie de ces trois personnes un certain degré de parenté avec la maladie des jeunes chats avec lesquels elles vivaient dans un contact habituel. — C'est aussi, on l'a vu, l'opinion de M. Rellet, dont la compétence en pareille matière est bien connue du monde savant, et cette opinion me paraît acquérir un haut degré de probabilité quand on rapproche les faits dont il s'agit de l'intéressante observation de M. Draper, que j'ai citée plus haut, et surtout de l'expérience si concluante de M. R. Tripier, dont il a été également question dans le cours de ce travail.

Au surplus, je suis aujourd'hui en mesure d'appuyer cette manière de voir sur un nouveau fait, des plus concluants, que l'on trouvera plus loin.

De tout ce qui précède il résulte donc :

1° Que les animaux, et en particulier le chien, le chat et la souris, sont susceptibles de contracter la teigne;

2° Qu'ils peuvent la contracter par contagion directe, d'animal à animal; mais qu'ils peuvent aussi, le chat surtout, la gagner par leurs rapports avec des enfants teigneux ;

3° Que la souris étant, elle aussi, sujette à la teigne, c'est très-probablement ce petit rongeur qui la donne le plus souvent au chat. — On sait, en effet, combien les jeunes chats aiment à jouer, avant de les croquer, avec les souris vivantes que leur prennent leurs mères ;

4° Que les jeunes chats teigneux peuvent, à leur tour, transmettre la maladie aux enfants, lesquels, on le sait, se plaisent à jouer avec ces gentils animaux.

5° Par leur contact avec les jeunes chats, qui sont assez souvent atteints du favus, les enfants se trouvent donc exposés à contracter cette affection aussi rebelle que dégoûtante, et cette cause, jusqu'ici à peine soupçonnée, mérite de fixer sérieusement, à mon avis, l'attention des observateurs.

Je crois devoir donner ici, comme complément naturel de ce travail, l'histoire détaillée de quelques faits qu'il m'a été donné de recueillir tout récemment sur la maladie dont je me suis efforcé de faire brièvement l'histoire.

1er FAIT. — OBSERVATION CLINIQUE.

Teigne faveuse chez le chat; — guérison rapide par le sublimé corrosif.

Le 9 octobre 1868, le sieur L..., commissionnaire de roulage, rue Constantine, 13, à Lyon, envoi à la clinique de notre école un chat de race commune, âgé de six mois, qui porte sur le côté gauche de la poitrine des *croûtes* jaunes dont on n'a constaté l'existence que depuis quelques jours. — La personne qui apporte ce malade ne peut pas préciser autrement la date à laquelle peut remonter la maladie, dont voici les caractères au moment de mon premier examen :

Sur le côté gauche du thorax, juste en arrière du coude, on voit quatre *plaques*, d'apparence *croûteuse*, *sèches*, assez rapprochées les unes des autres, mais séparées cependant par des intervalles dans lesquels la peau est parfaitement saine. De ces plaques, la plus grande offre les dimensions d'une pièce de 1 franc pour le moins ; deux autres ont à peu près le diamètre d'une pièce de 50 centimes; la dernière, presque perdue au milieu des poils, n'est guère plus grande qu'une pièce de 20 centimes.—Toutes ces plaques sont régulièrement circulaires ; la plus grande est complétement dépourvue de poils ; les deux moyennes offrent encore des poils assez nombreux, hérissés et peu adhérents, lesquels traversent toute l'épaisseur des croûtes, ainsi qu'on peut s'en assurer en les arrachant par une traction ménagée. Les poils sont encore plus nombreux sur la plus petite plaque, qu'ils cachaient même complétement, au point que cette dernière passerait facilement inaperçue si elle existait seule. — Toutes ces plaques présentent l'aspect d'une croûte

jaune, à surface irrégulière, à bords élevés notablement au-dessus de la peau saine environnante, à centre très-sensiblement déprimé. Cet aspect *cupuliforme* est surtout bien marqué sur les trois petites plaques; il l'est beaucoup moins sur la plus grande. — Partout ailleurs, la peau est parfaitement saine, les poils sont lustrés ; l'embonpoint est très-satisfaisant ; le petit sujet est vif et gai ; la santé générale est excellente.

Dans le but d'observer la marche naturelle de la maladie, je garde ce sujet, sans le soumettre à aucun traitement, jusqu'au 15 octobre.

A cette date, c'est-à-dire après neuf jours d'expectation, la maladie est exactement dans le même état que le premier jour ; les plaques ne se sont pas sensiblement agrandies ; il ne s'en est pas formé de nouvelles ; seulement, les poils encore assez nombreux, qui traversaient les deux croûtes de moyenne étendue (grandes comme une pièce de 50 centimes), sont tombés en partie ; l'aspect cupuliforme est toujours bien marqué, et, à la limite des croûtes, la peau semble un peu enflammée et légèrement tuméfiée. — Le prurit est presque nul.

Ce même jour 15 octobre, on enlève bien complétement avec le dos d'un bistouri toutes les croûtes. Cette opération, faite sans beaucoup de ménagements, a un peu irrité la peau, qui se montre après l'enlèvement du détritus favique, un peu rouge, injectée, mais sans ulcérations, lisse, nette, déprimée, et notablement plus mince que dans les endroits où elle est saine. — Sur la peau ainsi détergée, on applique une légère couche d'une pommade composée de

Sublimé corrosif finement pulvérisé.	25 centigrammes.
Axonge.	10 grammes.

Le même jour, je procède à l'examen microscopique des croûtes. Cet examen montre qu'elles sont formées entièrement et uniquement par les éléments de l'*Achorion Schœnleinii : spores, tubes sporophores, mycélium.*

Celui-ci se rencontre surtout, on pourrait même dire presque exclusivement, à la surface des *favi*. Il se montre sous la forme de filaments très-nombreux, très-fins, flexueux quelquefois, mais assez rarement ramifiés, enchevêtrés et comme feutrés, formant par leur feutrage une sorte d'enveloppe au favus. — Sur les favi encore jeunes, l'espèce d'enveloppe formée par le mycélium est complète, et l'on trouve de nombreux filaments aussi bien à leur surface libre, qui est alors assez lisse, qu'à leur face profonde, en contact avec le derme. Mais, sur les *favi* déjà anciens, il n'en est plus ainsi ; leur face externe et libre en rapport avec l'atmosphère s'est fendillée ; l'espèce de revêtement formé par le feutrage du mycélium s'est détruit en partie, et sur cette face, les filaments sont moins abondants, tandis qu'on les trouve toujours en grande quantité du côté de la face profonde, en contact avec la peau. — D'après quelques mesures prises un peu à la hâte, le diamètre de ces filaments m'a paru varier entre 0^{mm},015 et 0^{mm},025.

Les *spores*, qui forment surtout la masse centrale des favi, d'où on les détache facilement par un simple grattage avec la pointe d'une aiguille, sous forme d'une poussière jaunâtre, existent en quantité vraiment prodigieuse; elles m'ont paru constituer presque entièrement la masse totale des *favi*. La plupart sont très-régulièrement sphériques ; on en trouve cependant aussi un grand nombre d'ovales, et même d'elliptiques, dont le grand diamètre est deux fois, et même deux fois et demie plus grand que le petit. — Elles sont loin d'être toutes égales ; leurs dimensions sont au contraire susceptibles de varier du simple au double, et même au delà. D'après quelques mensurations, il me semble qu'on peut fixer entre 0^{mm},027 et 0^{mm},55 le diamètre des spores de forme sphérique.

J'ai dit plus haut qu'une pommade au sublimé corrosif avait été appliquée sur la peau malade, après l'enlèvement des croûtes faveuses ; — le lendemain 16 octobre, on trouve sur les surfaces médicamentées quelques petites croûtes, très-circon-

scrites, dues à l'action escharotique du sublimé sur les points un peu trop vivement irrités par le frottement mis en usage pour enlever les croûtes faveuses. Partout ailleurs, la peau est propre, nette, souple, et les *favi* ne paraissent avoir aucune tendance à se reproduire. Cependant, par mesure de précaution, on fait une nouvelle application de la même pommade.

Le 17, la peau a repris un aspect tout à fait satisfaisant; et il y a tout lieu d'espérer que la maladie ne se reproduira pas; en conséquence, on juge inutile une nouvelle application.

Le 23 octobre, les *favi* ne se sont pas reproduits; la peau est encore dépilée; mais elle est propre et nette; déjà même on peu constater que les poils commencent à repousser. Quant à la santé générale, elle n'a jamais cessé d'être excellente.

Le 26, la guérison est complète; les poils repoussent activement; bientôt ils recouvriront les surfaces précédemment dénudées; déjà même il faut une certaine attention pour retrouver, en écartant les poils, la place de la plus petite plaque faveuse. — Nous rendons ce chat à son propriétaire. — Le traitement n'a exigé que deux applications de notre pommade; peut-être même une seule eût-elle suffi.

Ce chat a été revu le 19 novembre; la maladie ne s'est pas reproduite; les poils ont complétement repoussé, au point qu'il n'est plus possible aujourd'hui de retrouver, 20 novembre, les points qu'occupaient les plaques faveuses.

2e FAIT. — EXPÉRIENCE.

Transmission du favus du chat au chien.

Je voulus mettre à profit la nouvelle occasion qui venait de m'être offerte d'étudier le favus chez les animaux pour compléter mon travail sur cette maladie.

Ainsi qu'on l'a vu dans le cours de ce mémoire, j'ai fait de nombreux essais, presque tous réussis, pour prouver que la teigne du chat et de l'homme pouvait aisément se transmettre

au chat. J'ai dit également que j'avais eu une seule fois l'occasion d'observer cette maladie, accidentellement développée, chez un chien conduit à la clinique de notre école; mais j'avais négligé jusqu'ici de m'assurer expérimentalement de la facilité avec laquelle ce dernier animal pouvait contracter la maladie. Je résolus de combler cette lacune.

Je mis donc de côté les croûtes que j'avais enlevées chez le chat de l'observation qui précède, et j'attendis qu'il me fût possible de me procurer un sujet convenable. — Il me le fallait jeune, car mes précédentes expériences m'avaient appris que la peau d'un animal adulte était un terrain peu favorable à la germination des spores du champignon de la teigne. Je dus attendre assez longtemps.

Enfin, le 20 novembre dernier (1868), je réussis à me procurer, non pas un jeune chien, mais une chienne dans un état de gestation avancée, laquelle mit bas dans nos hôpitaux, dans la nuit du 22 au 23 novembre, une portée de sept petits chiens, que je conservais tous, dans le but de les faire servir, soit à cette expérience, soit à d'autres essais.

Le 26 novembre, mes jeunes chiens étant tous vigoureux, je commençai mon expérience.

Dans mes précédents essais, afin d'en assurer le succès, j'avais cru devoir déposer la poussière faveuse sur une surface préalablement irritée par un léger vésicatoire; cette fois, je voulus me rapprocher davantage des conditions de la contagion naturelle. En conséquence, je me bornai à répandre sur la peau intacte et sèche de la tête d'un de mes jeunes chiens, que je désignerai par le n° 1, de la poussière faveuse également sèche, et à frotter un peu avec la pulpe du doigt indicateur; de manière à faire pénétrer la matière faveuse entre les poils.

Le 29, je fais la même opération, absolument de la même manière, sur un autre sujet, qui sera mon n° 2.

Le 5 décembre, rien n'annonce que cette double expérience doive être suivie d'un résultat positif; il n'y a pas la moindre

apparence de germination des spores, — ni sur le n° 2, ni sur le n° 1. — Je refais l'expérience sur les deux mêmes sujets, en la modifiant seulement en ce point que, avant de répandre le détritus favique sur la tête de mes animaux, je mouille bien la peau de cette région, et que le détritus lui-même est délayé dans une goutte d'eau, avant d'être déposé sur la peau mouillée.

Dès le 7 décembre, — c'est-à-dire deux jours seulement après cette deuxième opération, — on découvre, en examinant ces deux chiens avec soin : — 1° sur la tête du n° 1, une petite élévation dure au toucher, bien circonscrite, grande comme une lentille, à la surface de laquelle les poils sont hérissés; élévation ronde, non cupulée, mais formée de croûtes dont la couleur jaune de soufre est bien celle du favus; — 2° sur le n° 2, de petites aspérités, que les poils cachent entièrement, mais que l'on sent très-bien en passant doucement les doigts sur la tête de l'animal; ces aspérités, fort nombreuses, ne sont guère plus grosses que la tête d'une épingle; mais quand on écarte les poils, on peut voir déjà qu'elles sont formées par une petite croûte jaune.

Le 11 décembre, l'espèce de tubercule constaté précédemment chez le n° 1 est resté solitaire; mais il s'est agrandi; il n'a guère moins que le volume d'un noyau de cerise; sa forme est d'ailleurs exactement arrondie; tout autour, la peau est manifestement tuméfiée; dans la place qu'il occupe, les poils sont tombés; sa couleur est d'un beau jaune, et son centre s'est très-sensiblement déprimé; en un mot, il présente tous les caractères d'un très-beau favus. — Sur le sujet n° 2, le succès est encore plus complet; on ne compte pas moins de sept beaux *favi*, très-bien caractérisés, parfaitement semblable à celui que je viens de décrire, à cela près qu'ils sont un peu moins grands, et qu'ils n'ont pas encore amené la dépilation complète des points où ils sont établis; mais les poils qui restent, et qui traversent la masse croûteuse, sont hérissés; ils tiennent fort peu, et bien évidemment ils ne tarderont pas à tomber.

J'ajoute que l'examen microscopique de ces croûtes, fait quelques jours plus tard, les a montrées formées, comme il était facile de le prévoir, par tous les éléments de l'*Achorion Schœnleinii.*

Ainsi, il a suffi de déposer du favus humide sur la peau également humide de deux jeunes chiens, pour voir se développer en fort peu de temps sur chacun d'eux une éruption faveuse des mieux caractérisées ; et ce favus, on s'en souvient, provenait d'un chat, qui lui-même l'avait pris nous ne savons de qui. Mais ce n'est pas tout.

Ces deux sujets, les seuls qui aient reçu directement la poussière faveuse du chat, n'ont été séparés ni de leurs mères, ni de leurs autres frères, et cela intentionnellement. Or, la mère qui avait elle-même, quand on nous l'a livrée, une gale sarcoptique des mieux caractérisées, la mère, dis-je, n'a point contracté la teigne ; mais les cinq autres petits chiens sont devenus successivement teigneux, à des degrés divers.

Ainsi, dès le 12 décembre, on constate sur le dos d'un de ces derniers, que je désignerai par le n° 3, un petit bouton qui, le 14, a revêtu tous les caractères du favus. — Le même jour 14, on trouve sur la région costale du sujet n° 4 un favus bien dessiné de la grandeur d'une petite lentille. — Le 15, deux autres sujets, n°s 5 et 6, sont atteints à leur tour ; le n° 5 présente sur la lèvre inférieure, près de la commissure gauche, deux plaques un peu allongées, dont la nature *faveuse* n'est pas contestable ; le n° 6 présente sur le crâne quelques petits boutons moins nettement caractérisés. — Enfin, le lendemain, 16 décembre, chez le dernier sujet, le n° 7, chez lequel on n'avait rien trouvé jusque-là, on découvre un favus siégeant sur le dos et un autre sur l'abdomen.

Tous ces animaux ont été vus et examinés par MM. les jeunes membres de la Société des sciences médicales dans la séance du 16 décembre 1868.

A partir de ce moment, le but que je m'étais proposé en

instituant cette expérience était rempli : j'avais acquis la preuve que la teigne peut passer *très-facilement* du chat au chien, et par simple cohabitation du chien au chien. Aussi, à dater de cette époque, mes sujets furent-ils un peu négligés. Je dirai cependant en peu de mots ce qu'ils sont devenus.

Le 23 décembre, le n° 5, livré à M. Peuch, chef de service à notre école pour servir à d'autres expériences, mourut. — Le même jour, on sacrifia le n° 6. — Chez ces deux sujets, l'intestin fut trouvé rempli par de nombreux vers nématoïdes parmi lesquels dominait l'*Ascaris marginata*.

J'ai dit plus haut que la mère avait la gale ; elle ne tarda pas à la transmettre aux cinq petits qui lui restaient. Mais, chose singulière, à dater de ce moment, les *favi*, au lieu de se multiplier et de s'accroître, commencèrent à décliner. Les croûtes faveuses tombèrent peu à peu ; peu à peu aussi les éléments de l'*Achorion* disparurent, et bientôt on ne trouva plus, au lieu de ces éléments, que les sarcoptes propres à la gale du chien et leurs œufs.

Au surplus, ce changement fut loin d'être favorable à la santé des jeunes animaux. Soit par le fait de la gale, soit par le fait des parasites intestinaux, probablement sous l'influence de ces deux causes réunies, ces pauvres bêtes commencèrent à dépérir dès les premiers jours de janvier 1869 ; et ils sont morts successivement, couverts de gale et de sarcopte, le dernier a succombé le 16 janvier 1869.

3e FAIT. — OBSERVATION.

Transmission du favus des animaux à l'homme. — Forme insolite que peut revêtir l'éruption dans ce cas.

J'ai dit dans le cours de ce mémoire, que le favus des animaux pouvait se transmettre à l'espèce humaine, et j'ai cité à l'appui de cette assertion, une expérience de M. le docteur Tripier de notre ville, et deux observations, malheureusement

incomplètes. Je suis aujourd'hui en mesure de donner une preuve irrécusable de cette transmission, beaucoup plus facile, et peut-être aussi beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Voici le fait :

Pendant toute la durée de l'expérience que je viens de rapporter ci-dessus, j'observais et je *touchais* chaque jour, sans beaucoup de précautions, mes chiens teigneux, me plaisant à constater et à suivre les progrès de la maladie que je leur avais donnée, et sans penser que je pusse avoir à craindre pour moi-même les suites de ces examens répétés.

Or, le 4 janvier 1869, j'aperçus sur la face dorsale de ma main gauche, dans l'espace compris entre le métatarsien du pouce et celui de l'index, une surface de l'étendue d'une pièce de 10 francs en or, sur laquelle l'épiderme fendillée s'exfoliait en pellicules furfuracées. — Je songeai aussitôt à la possibilité d'une inoculation de mes chiens teigneux à moi-même. — Je n'aurais pas osé, je l'avoue, tenter intentionnellement cette inoculation ; mais je me dis que, puisque le hasard semblait s'être chargé de faire l'expérience, il fallait laisser aller les choses. — Était-ce, d'ailleurs, bien réellement une inoculation faveuse? Rien ne le prouvait encore, et je voulais en avoir le cœur net.

Le 6; la plaque s'est étendue ; elle a maintenant les dimensions d'une pièce de 1 franc en argent ; elle est franchement *érythémateuse ;* l'épiderme, à sa surface, se fendille davantage ; il forme sur les bords de la plaque, en se soulevant et en s'exfoliant, comme une légère bordure d'un reflet argentin ; la plaque elle-même, très-régulièrement circulaire, est le siége d'un prurit assez vif. — Je laisse la maladie suivre son cours ; je prends seulement la précaution de porter constamment, jour et nuit, un gant à cette main, afin d'éviter les dangers d'une auto-inoculation dans quelques autres régions où il me serait moins facile d'en surveiller la marche.

Le 14, la plaque s'est notablement agrandie ; elle a main-

tenant les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent ; à son centre, l'épiderme est jaunâtre, épaissi, rugueux, fendillé ; sur ses bords, un cercle de belles vésicules pleines d'une sérosité limpide, de dimensions variant entre celles d'une petite lentille et celles d'un petit pois, la borde tout autour. En un mot, cette plaque offre tous les caractères d'un bel *herpès circiné*. — Tel est, en effet, à première vue, le diagnostic porté par M. Rollet, à qui je le montre ce jour-là, et qui veut bien l'étudier avec moi.

Mais, en regardant avec beaucoup d'attention ce prétendu *herpès circiné*, nous ne tardons pas à découvrir, *au niveau de quelques poils, des petits points jaunes, gros comme la tête d'une épingle, et dont le centre paraît manifestement déprimé*, comme si l'on y eût fait une légère piqûre avec la pointe d'une aiguille. — Nous enlevons avec précaution quelques-uns de ces points jaunes, lesquels offrent alors très-évidemment l'aspect de *favi en miniature* ; nous les examinons au microscope, et nous y retrouvons, avec la dernière évidence, *tous les éléments de l'achorion*, et surtout du *mycélium en abondance ;* si bien que M. Rollet, en les voyant, ne peut s'empêcher de s'écrier : « Voilà bien mon favus de l'Antiquaille ; c'est bien lui ; il n'y a pas à s'y tromper. »

Le même examen fait le même jour, à l'École vétérinaire, avec le concours de M. L. Tripier, donne un résultat identique. — M. L. Tripier, frère de M. R. Tripier dont il a été souvent question dans ce mémoire, qui jouit d'une notoriété méritée pour tout ce qui a trait aux études microscopiques ; qui de plus, avait pu voir et suivre sur son frère la marche de la teigne que ce dernier s'était inoculée ; M. L. Tripier, dis-je, comme M. Rollet, reconnut dans l'affection dartreuse dont j'étais porteur, *non un herpès circiné légitime, mais bien une forme de la teigne faveuse* véritable.

Aucun doute ne pouvait donc rester sur la nature du mal : C'était bien la *teigne* que m'avaient donnée mes jeunes chiens,

ils me rendaient ce que je leur avais prêté ; c'était justice.

Je jugeais qu'il était inutile de pousser plus loin l'expérience, et qu'il fallait au plus tôt s'opposer aux progrès du mal. — En conséquence, je fis le soir même, sur la partie malade, une onction avec un liniment composé de

Sublimé corrosif............	10 centigrammes.
Glycérine..................	20 grammes.

Les 15, 16, 17, je continue ce même traitement ; c'est-à-dire que je fais chaque jour, et trois fois par jour, des frictions douces mais prolongées, avec la même préparation.

Le 18 janvier, le succès de ce traitement n'a pas été tel que je l'attendais. A la vérité, le centre de la dartre paraît se guérir, mais elle continue à s'étendre par sa circonférence ; ses bords sont enflammés, assez douloureux, et marqués par un cercle de vésicules pleines, non plus de sérosité, mais de véritable pus. — Je me décide à cautériser fortement avec le crayon de nitrate d'argent tout le cercle enflammé ; je continue pour le reste, les onctions avec le liniment précité.

Le 20 janvier, le cercle pustuleux a été détruit par la cautérisation, et ne s'est pas reproduit ; néanmoins tout n'est pas encore fini, et je constate encore l'existence de six nouveaux petits *favi*, siégeant à la base d'autant de poils. Je les cautérise tous individuellement et assez fortement avec la pierre infernale. Je continue les onctions avec le liniment ou sublimé, dont j'augmente même l'activité en doublant la dose du sel mercuriel.

A dater de ce moment, la dartre cesse de s'étendre, et il ne me reste plus qu'à attendre la chute des eschares produites par la cautérisation.

Ces eschares se détachent lentement, et, après leur chute, il reste quelques plaies dont la cicatrisation ne se fait pas aussi vite que je l'avais espéré ; si bien que ce n'est que vers les premiers jours de février, que je puis me considérer comme

entièrement débarrassé de mon mal, dont les dernières traces ne sont pas même complétement effacées à l'heure où j'écris ceci (20 février 1869).

Ainsi, il n'y a plus à en douter : la teigne des animaux peut très-bien se transmettre à l'homme, et cette observation éclaire, par ses résultats, celles moins complètes que j'ai rapportées dans le cours de ce travail, en même temps qu'elle leur donne leur véritable signification, signification qui, sans elle, aurait pu être facilement méconnue ; elle fait voir que le danger que je signalais comme pouvant résulter du contact des animaux teigneux avec l'homme, n'est pas un danger chimérique.

Mais cette observation me paraît avoir encore une réelle importance à un autre point de vue : elle prouve, en effet, que dans le diagnostic des affections cutanées parasitaires, il ne faut pas se baser uniquement sur la *forme anatomique* de la lésion ; qu'il importe encore, et beaucoup, de remonter à la *cause*, au parasite lui-même.

La maladie dont j'ai été atteint avait la *forme* de l'herpès circiné ; telle a été, tout d'abord, l'opinion de M. Rollet ; telle a été celle de plusieurs autres médecins compétents, à qui je l'ai montrée. Cependant je l'ai dit, et je le répète, par un examen plus approfondi, par l'étude du cryptogame surtout, elle a dû être rattachée, sans hésitation possible, à l'*achorion*, et non au trichophyton comme à sa cause réelle.

DE LA GROSSESSE

CONSIDÉRÉE

COMME CONTRE-INDICATION A L'ADMINISTRATION PROLONGÉE DE L'ARSENIC

PAR OL. DU VIVIER,
Docteur en médecine à Liége (Belgique).

L'arsenic est un de ces médicaments qui ont une tendance invincible à envahir le champ entier de la thérapeutique ; limité d'abord à quelques affections, on le voit chaque jour trouver une indication nouvelle et s'appliquer successivement à la curation des maladies périodiques, de la scrofule, des maladies respiratoires et du cœur, des névroses, des hémorrhagies, du choléra, enfin, et en dernier lieu, de la phthisie pulmonaire. Certes, il doit y avoir et il y a, dans cette généralisation d'emploi, des abus que le temps fera fatalement disparaître, mais il n'en est pas moins vrai que les composés arsenicaux constituent une précieuse ressource pour le praticien.

C'est surtout dans les affections de la peau que l'action de l'arsenic est manifeste, et sans vouloir entrer ici dans la discussion des indications de ce métalloïde, nous dirons que nous le regardons, non comme le spécifique, mais comme le médicament le plus efficace dans le traitement de l'herpétis, maladie constitutionnelle si bien délimitée par M. Bazin.

L'arsenic ne doit donc plus être considéré comme une dernière ressource contre des affections invétérées et réfractaires aux autres médications ; c'est un médicament que l'on doit employer d'emblée dans toutes les herpétides chroniques, c'est, en un mot, un médicament usuel.

Or, s'il est utile de connaître la sphère d'action curative d'un médicament énergique, il ne l'est pas moins de connaître les cas dans lesquels on doit s'abstenir de l'administrer, et cette connaissance est d'autant plus nécessaire que l'usage de ce médicament est plus répandu. Tel est le cas pour l'arsenic, et c'est pourquoi nous avons cru que la relation succincte des deux observations suivantes pourrait jeter quelque lumière sur ce sujet.

Obs. I. — Le 10 décembre 1866, madame C..., négociante, âgée de trente-quatre ans, habitant Verviers, se présente à notre consultation; cette dame, qui jouit d'une excellente santé et ne présente aucun caractère de la constitution herpétique, est atteinte d'un *psoriasis classique* (Baz.), et se dit enceinte de six semaines. Deux grossesses antérieures n'ont rien présenté d'anomal et se sont terminées par des accouchements naturels et dont les produits sont encore pleins de vie et de santé. Nous ne voulons entrer ici dans aucun détail concernant la marche de l'affection cutanée en elle-même; qu'il nous suffise de dire que madame C... fut soumise par nous à l'usage interne de l'arséniate d'ammoniaque (1) à dose successivement croissante, et que du 11 décembre 1866 au 29 juin 1867 elle en prit la dose de 2 grammes 35 centigrammes, soit une moyenne d'un peu moins de 12 milligrammes par jour. Cette dose fut parfaitement supportée : aucun des accidents arsenicaux ne se présenta chez notre malade et la grossesse semblait marcher à souhait, lorsque le 29 juin, madame C..., qui ne sentait plus les mouvements de l'enfant depuis une dizaine de jours, accoucha d'un enfant mort et présentant, selon son dire, un commencement de putréfaction. Notre malade, n'habitant pas la même ville que nous, nous ne pûmes, à notre grand regret, examiner l'enfant; l'accoucheur, ignorant que son accouchée était soumise à un traitement quelconque, ne prêta nulle attention à cet avortement dont les suites furent, du reste, dégagés de tout accident, et notre malade put reprendre et terminer la curation de son psoriasis.

Obs. II. — Madame D..., négociante, âgée de quarante ans, habitant la Queue-du-Bois, est forte, grasse, toujours bien portante et sans aucune apparence de la constitution herpétique; elle se présente à notre consultation le 1er février 1867, porteuse d'un *psoriasis classique*, var. *gut-*

(1) Bien que nous soyons intimement convaincu de la nature parasitaire des différentes formes de psoriasis et que nous nous refusions péremptoirement à classer cette affection dans les herpétides, cependant, nous la traitons toujours par les arsenicaux, jusqu'à ce que des recherches ultérieures nous aient montré l'épiphyte, cause du mal, jusqu'à ce que surtout l'expérience ou l'empirisme ait doté la thérapeutique d'un traitement à la fois plus rationnel et plus efficace.

tata, depuis environ dix ans, et est enceinte, dit-elle, de trois mois; elle a déjà eu six enfants venus tous vivants et avec la plus grande facilité. Nous la soumettons à l'usage de l'arséniate d'ammoniaque, dont elle prend en quatre mois 2 grammes 67 centigrammes, soit une moyenne d'un peu plus de 22 milligrammes par jour. La grossesse, pendant la durée de cette médication, marchait régulièrement et aucun phénomène pathologique, sinon une toux assez fatigante, ne s'était montré, quand le 3 juin, madame D... accoucha d'un enfant mort que nous ne pûmes examiner et sur lequel nous ne pûmes avoir le moindre renseignement, si ce n'est qu'il ne remuait plus depuis environ dix jours avant son expulsion. Les suites de couches furent aussi heureuses que dans l'observation précédente.

Ces deux faits se présentant à notre observation à peu de temps d'intervalle nous frappèrent vivement; en effet, deux femmes bien portantes, ayant eu précédemment des grossesses et des accouchements normaux, sont soumises à un traitement arsenical pour une affection cutanée de même nature; toutes deux prennent, en des espaces de temps, différents une dose à peu près égale d'arséniate d'ammoniaque; toutes deux avortent à sept mois d'un enfant mort et chez toutes deux les mouvements ne s'étaient plus fait sentir depuis environ dix jours avant l'expulsion du produit. Il est évident pour nous que l'arsenic est la cause de cette mort prématurée, chose d'autant plus remarquable que les mères supportaient et ont ultérieurement supporté parfaitement l'usage de ce médicament.

Nous regrettons vivement de n'avoir pu examiner les fœtus, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue toxicologique; nous y aurions à coup sûr trouvé des lésions intéressantes et peut-être une accumulation d'arsenic dans un organe, dans un appareil quelconque; nous appelons sur ce point l'attention de ceux qui pourraient rencontrer des cas semblables.

En rapportant ces observations dont nous ne trouvons aucune analogue dans les annales de la science, en prétendant en conclure qu'on ne doit pas administrer l'arsenic d'une manière prolongée aux femmes grosses, nous savons que la critique

objectera le petit nombre de cas cités par nous et qu'on prétendra que deux faits ne prouvent rien ou peu de chose. Nous aurions pu, pour convaincre nos confrères, continuer l'expérience en soumettant à la médication arsenicale plusieurs femmes qui se sont depuis lors présentées à nous dans un état de grossesse et porteuses d'une affection herpétique. Mais nous avouons que malgré le vif désir de voir notre opinion partagée, malgré notre amour de la certitude, nous avons reculé devant les résultats d'une pareille expérimentation, tant notre conviction était absolue, tant nous étions persuadé d'arriver fatalement à un fœticide. Nous avons cru préférable d'appeler l'attention des médecins sur ce point, et nous espérons que cette simple note sera suivie de la publication de faits plus nombreux qui prouveront qu'il est vrai ou faux que *l'administration prolongée de l'arsenic chez les femmes grosses est une cause fatale de mort du fœtus, et par suite d'avortement.*

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DU RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

PAR ALFRED FOURNIER,
Médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de Paris.

(Suite.)

IV

PÉRIOSTITES ET PÉRIOSTOSES BLENNORRHAGIQUES.

Cette variété d'accidents blennorrhagiques est encore mal connue; je pourrais même dire qu'elle est restée presque complétement inconnue jusqu'à ce jour.

Elle est cependant assez fréquente. — Je l'ai rencontrée pour le moins sur une douzaine de mes malades.

Si les lésions que je vais décrire n'ont pas encore été signalées sous le nom que je leur assigne et qui, je crois, est le seul qui leur convienne, ce n'est pas à coup sûr qu'elles n'aient été déjà observées. C'est, bien plus vraisemblablement, qu'on les a prises pour ce qu'elles n'étaient pas et qu'on les a confondues avec d'autres manifestations du rhumatisme blennorrhagique (arthropathies, synovites, etc.), ou plutôt encore qu'on s'est borné à les considérer comme de simples douleurs sans chercher à les localiser d'une façon précise.

Ces lésions sont de deux ordres : 1° les unes constituent de simples *fluxions inflammatoires* du périoste (*Périostites*); 2° les autres forment de véritables *tumeurs* adhérentes au périoste et résultant, suivant toute probabilité, d'une infiltration

plastique qui se dépose entre cette membrane et l'os ; elles peuvent être dites, à ce titre, *périostoses*.

Je parlerai tout d'abord des périostites simples, qui sont de beaucoup, je crois, les plus communes.

1. *Périostites rhumatismales blennorrhagiques.* — Il arrive assez souvent que dans le cours d'un rhumatisme blennorrhagique on observe ce qui suit : une douleur est accusée par le malade en un point circonscrit répondant à un os ; à l'exploration on reconnaît qu'en effet une souffrance très-vive est provoquée en ce point par la pression, et cela sur une étendue généralement assez restreinte, sur une surface égale, par exemple, à celle d'une amande ou d'une pièce d'un franc. En dehors et au voisinage même de cette petite surface, le palper et la pression ne déterminent plus aucune sensation douloureuse. La circonscription de la douleur est donc aussi nette, aussi tranchée que possible. — De plus, au même niveau, on perçoit encore, mais non pas constamment, un certain empâtement des tissus, formant une saillie légère. — Plus rarement enfin les téguments présentent en ce point un faible degré de suffusion rosée, inflammatoire.

Que peut être une semblable lésion ? Il n'y a pas lieu tout d'abord de la rattacher à une phlegmasie de la peau, cela est évident. Il est également impossible de supposer là une inflammation du tissu cellulaire, laquelle se traduirait par des phénomènes tout différents. Les muscles, les tendons ne sauraient être mis en cause. Il serait difficile de croire à une affection de l'os. Reste donc, par exclusions successives, une seule hypothèse à faire : c'est que la lésion réside dans le périoste et qu'elle est constituée par une périostite, ou pour mieux dire par une fluxion inflammatoire de cette membrane, fluxion légère et circonscrite.

L'évolution ultérieure de la lésion confirme d'ailleurs ce diagnostic. La douleur à la pression persiste un certain nombre

de jours, ainsi que le léger engorgement des tissus; puis ces phénomènes s'amendent et disparaissent sans que rien autre se soit produit. En d'autres cas, au contraire, mais bien plus rarement, la tuméfaction persiste et s'accroît ; il paraît se produire sur l'os un dépôt plastique qui finit par former un soulèvement plus ou moins volumineux, et une véritable périostose se trouve constituée.

Je crois donc que l'interprétation à donner à de semblables accidents ne saurait rester douteuse. Si les choses se passent réellement comme je viens de le dire, c'est bien une périostite qui se produit dans les cas en question. — Reste à montrer actuellement que des cas de cette nature nous sont offerts par la clinique. Je vais en citer un exemple.

Un jeune homme, dont je raconterai plus loin l'histoire en détail, a été affecté de trois rhumatismes blennorrhagiques à propos de trois chaudepisses bien distinctes. Dans le cours de l'un de ces rhumatismes, j'observai, en même temps que d'autres manifestations aussi multiples que variées, les curieux phénomènes que voici : d'un jour à l'autre il se produisit sur un tibia, exactement au-dessous de l'insertion du ligament rotulien, un léger soulèvement, au niveau duquel le malade accusait une certaine souffrance. L'exploration révélait en ce point une douleur des plus vives au toucher ; je dis au toucher, car la pression la plus faible était intolérable. Cette douleur était circonscrite dans un espace de 3 ou 4 centimètres carrés, en dehors duquel il n'existait plus aucune sensibilité morbide. On constatait de plus à ce niveau une certaine suffusion rosée des téguments, d'une teinte très-claire ; et, sans qu'il y eût d'œdème à proprement parler, les parties molles donnaient en ce point la sensation d'un léger empâtement.— Ces symptômes persistèrent sans modification pendant quelques jours, à part toutefois la coloration morbide des téguments qui ne tarda pas à se dissiper; puis la douleur diminua, l'empâtement disparut, et avant la fin du second septénaire il ne resta plus de trace de la lésion.

Je ne connaissais pas encore, lorsque j'observai ce malade, les périostites blennorrhagiques ; mais ce cas me parut si net, les symptômes y étaient à la fois tellement simples et si bien accentués que je n'hésitai pas à les rapporter à une inflammation du périoste. Et, dans l'espèce, ce diagnostic sera, je pense, facilement accepté de mes lecteurs.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de faits de cette nature, les uns tout aussi probants, les autres plus douteux. Je dois en relater ici quelques-uns pour montrer sous quelle forme et sur quel siége se présentent ces curieux accidents.

Trois de mes malades ont été affectés au niveau de l'extrémité inférieure du cubitus, sur la portion sous-cutanée de cet os et quelques centimètres au-dessus de l'articulation du poignet, de douleurs circonscrites assez vives, avec sensibilité extrême à la pression, mais sans saillie bien appréciable, ni rougeur des téguments. On ne pouvait rapporter qu'à une périostite ces douleurs exactement limitées à une étendue très-restreinte et résidant d'une façon évidente dans la superficie de l'os. — Voici l'un de ces cas :

Obs. XVIII. — *Trois blennorrhagies; trois rhumatismes blennorrhagiques; manifestations multiples; dans le cours du second rhumatisme, périostite au niveau de l'extrémité inférieure du cubitus.* — Sans revenir sur les détails de cette observation déjà relatée précédemment (1), je ne ferai que mentionner ici ce qui a trait au sujet actuel : Douleur accusée par le malade à la partie inférieure et interne de l'avant-bras; à ce niveau, douleur très-vive à la pression dans une étendue très-circonscrite (2 à 3 centimètres en hauteur), sur la face interne du cubitus, près de l'extrémité inférieure de cet os. Pas de coloration morbide des téguments ni de tuméfaction. — Ces symptômes disparaissent en quelques jours.

Dans le cours de ce même rhumatisme, ce malade fut encore affecté, entre autres accidents : 1° d'une arthropathie métacarpo-phalangienne du doigt médius, laquelle prit la forme noueuse; 2° d'une tuméfaction noueuse de la tête du même métacarpien. — Nul doute qu'un certain degré d'inflammation périostique n'ait prit part au développement de ces deux lésions.

(1) Voyez page 176 et suiv.

Deux années plus tard, ce même malade fut affecté d'un troisième rhumatisme, caractérisé par des manifestations multiples au nombre desquelles figura une *arthropathie noueuse* d'une articulation métacarpo-phalangienne.

Sur un autre malade affecté de rhumatisme blennorrhagique, j'ai vu se produire au niveau de la face postérieure du grand os une tuméfaction très-douloureuse, aplatie, du volume d'un noyau de prune. Cette tuméfaction était exactement circonscrite à la petite étendue que présente la face dorsale de cet os sur le poignet. Elle persistait depuis quelques semaines lorsque, pour couper l'écoulement, j'administrai un électuaire de cubèbe et de copahu; tout aussitôt elle s'affaissa avec une rapidité singulière et disparut complétement en quelques jours.

Un quatrième sujet m'a offert des phénomènes exactement identiques avec le niveau de l'extrémité supérieure du troisième métacarpien.

Chez plusieurs autres malades, j'ai observé des tuméfactions douloureuses du périoste sur divers points, à savoir :

Sur les tubérosités du tibia (et cela en l'absence de tout phénomène d'arthropathie);

Sur l'épitrochlée, qui, dans un cas, présentait une sensibilité excessive à la moindre pression ;

Sur l'extrémité supérieure du péroné, un peu au-dessous de la tête de cet os ;

Sur l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, supérieurement (il existait à ce niveau, dans un cas, une tuméfaction très-appréciable, aplatie, de l'étendue et du volume d'une petite amande).

Parfois encore j'ai rencontré plusieurs de ces manifestations réunies sur le même sujet. Ainsi le malade de l'observation XIX présenta successivement, dans le cours de son troisième rhumatisme, avec une foule d'autres accidents, des fluxions pé-

riostiques au niveau de la tubérosité antérieure d'un tibia, de l'extrémité supérieure de l'autre tibia au-dessous de la tubérosité interne, de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, de l'extrémité inférieure du cubitus, et d'une apophyse épineuse de la région dorsale.

Il en était de même, comme on le verra, dans le fait suivant :

Obs. XXIV. — *Blennorrhagie; rhumatisme blennorrhagique; accidents multiples; périostites sur divers points (épine de l'omoplate, épitrochlée, tête du cubitus,* etc.). — L..., garçon boucher, âgé de trente et un ans, entre, le 25 octobre 1867, à l'Hôtel-Dieu (service de la clinique). — C'est un homme d'une constitution robuste, d'une santé excellente habituellement. Il dit n'avoir jamais eu d'autres maladies que des affections vénériennes. — Il a été affecté quatre fois de blennorrhagie uréthrale.—La troisième blennorrhagie, qui date de sept ans, lui a laissé un léger suintement matinal. — Jamais de chancre. — Jamais d'accidents rhumatismaux.

La quatrième blennorrhagie remonte à sept mois environ. Elle a été très-douloureuse et abondante pendant le premier mois, après lequel elle s'est amendée, grâce à divers traitements. — Il y a cinq mois, végétations nombreuses de la verge, cautérisées à l'hôpital du Midi. — Il y a deux mois, herpès du gland, qui s'est reproduit deux fois depuis cette époque. — Nouvel herpès du gland et du prépuce depuis quelques jours.

Début du rhumatisme à la fin de mai, par une tuméfaction très-douloureuse du gros orteil droit; — puis douleurs sur divers points; arthropathies des genoux, des coudes, des poignets, des doigts. — Trois semaines de séjour au lit. — Plus tard, ces phénomènes se dissipent, et le malade peut reprendre son travail, mais en conservant des douleurs dans les pieds. — L'écoulement persiste toujours en dépit de divers traitements, et en octobre de nouvelles douleurs se manifestent. Le malade se décide alors à entrer à l'hôpital.

Etat actuel, 26 octobre : apyrexie; intégrité absolue des grandes fonctions. Appétit excellent; aspect de la santé.

Ecoulement uréthral léger, mais encore jaune et purulent. — Herpès de la verge.

Le malade accuse des douleurs multiples, aux pieds, aux poignets, à un coude, à une main, etc. Nous essayons, par un examen minutieux, de localiser chacune de ces douleurs, et nous arrivons aux résultats suivants :

Aux pieds, douleurs sous-calcanéennes, siégeant exactement *sous le talon.* Les deux talons sont très-sensibles à une pression, même assez légère, exercée sur leur face inférieure; mais en tout autre point, latéralement ou en arrière, ils ne présentent aucune sensibilité morbide.

Douleur assez vague derrière une des malléoles péronières, paraissant résider dans les tendons qui contournent cette malléole.

Au pied gauche, arthropathie de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil; tuméfaction notable; sensibilité à la pression et dans les

mouvements ; légère teinte rosée des téguments à ce niveau. — Au pied droit, gros orteil rouge, tuméfié en masse, et sensible non-seulement au niveau de ses articulations, mais dans toute son étendue.

Aux épaules, intégrité absolue de l'articulation scapulo-humérale. Les douleurs ne résident de chaque côté que *sur le bord postérieur de l'épine de l'omoplate;* là seulement la pression est douloureuse ; ailleurs, elle ne détermine aucune souffrance.

De même la douleur du coude est constituée seulement par une douleur très-circonscrite *occupant exclusivement l'épitrochlée.*

Aux poignets, douleurs circonscrites à la *partie antérieure de la tête du cubitus.* La pression est intolérable à ce niveau ; ailleurs et au voisinage même elle ne détermine plus aucune souffrance. — Articulations absolument intactes.

Arthropathie *noueuse* de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius gauche.

Traitement : Sirop d'iodure de fer et d'iodure de potassium ; teinture de colchique, 2 grammes. Bains de vapeur.

Quelques jours plus tard, le malade veut absolument quitter l'hôpital pour entrer dans une maison de santé. — Il sort dans le même état qu'à son entrée. — Perdu de vue.

Quelquefois encore les lésions que j'étudie actuellement occupent des siéges assez singuliers, et peuvent, pour cette raison, n'être que difficilement reconnues.

Deux fois, par exemple, je les ai rencontrées au niveau des *apophyses épineuses* des vertèbres dorsales, comme dans le cas suivant :

Un de mes malades (c'est celui de l'observation XIX), affecté d'un rhumatisme blennorrhagique à manifestations aussi multiples que spéciales, se plaignit un jour à moi d'une « douleur dans le dos » qui ne lui laissait pas un instant de repos. Je ne savais trop à quoi rapporter cette douleur, lorsque passant la main sur la colonne vertébrale je déterminai tout à coup un cri de souffrance. Une exploration minutieuse aussitôt pratiquée me démontra que cette douleur avait pour siége, et pour siége *exclusif*, une des apophyses épineuses de la région dorsale. La pression, le plus léger attouchement en ce point provoquait une souffrance *intolérable* ; mais en dehors de ce point (répondant environ à l'étendue d'une pièce de 20 centimes), la région était absolument indolente.

J'ai retrouvé depuis le même symptôme sur un autre malade

qui en était à son troisième rhumatisme blennorrhagique. Comme le précédent, il se plaignait d'une vive douleur entre les deux épaules; cette douleur résidait *uniquement* sur une apophyse épineuse dorsale, laquelle était extraordinairement sensible au toucher, alors que tous les tissus ambiants offraient une intégrité complète.

Autre localisation tout aussi inattendue. Ces périostites se produisent parfois *sur les bords* ou *sur l'épine de l'omoplate.* Les malades disent alors qu'ils souffrent de l'épaule, et l'on pourrait croire, à un examen superficiel, que la jointure est affectée, alors que le siége réel de la douleur est tout différent. Si l'on procède, en effet, à une exploration minutieuse, en ayant soin de circonscrire avec les doigts les foyers douloureux, on reconnaît sans peine que la lésion réside uniquement, comme je m'en suis convaincu trois fois, sur une portion plus ou moins limitée de l'un des bords de l'omoplate ou du bord postérieur de l'épine du même os. — L'observation XXIV nous a déjà montré un cas de ces périostites spinales circonscrites; il serait superflu, je pense, d'en citer d'autres exemples.

Tels sont les faits qui m'ont conduit à reconnaître l'existence des périostites blennorrhagiques.

A côté de tels faits où le diagnostic de la lésion peut, ce me semble, être rigoureusement déduit des symptômes observés, je devrais peut-être en placer d'autres, assez communs, où des phénomènes semblables paraissent devoir être rattachés à une cause de même nature. Il est en effet nombre de cas où les malades affectés de rhumatisme blennorrhagique se plaignent de douleurs dont l'origine, difficile à déterminer, réside vraisemblablement dans des fluxions inflammatoires du périoste. Telles sont ces douleurs si fréquemment accusées sous le talon (voyez comme exemple l'observation XXIV), derrière le calcanéum et au-dessous de l'insertion du tendon d'Achille, sur les

phalanges, sous le tarse, sous le métatarse, au grand trochanter, etc., etc. Mais dans tous ces cas la complexité anatomique des régions affectées ou le siége profond des souffrances ne permet pas de localiser le mal d'une façon certaine et d'en déterminer sûrement l'origine. Je ne ferai donc que signaler ce second ordre de faits, sans essayer d'en donner une interprétation qui m'échappe.

Les périostites blennorrhagiques débutent et évoluent rapidement, à la façon des affections rhumatismales. Leur durée est en général assez courte et oscille le plus souvent entre une ou deux semaines. Elles ont aussi la terminaison habituelle des rhumatismes aigus ; c'est-à-dire qu'elles se résolvent le plus souvent d'une façon complète et qu'elles n'aboutissent jamais à suppuration, du moins d'après ce que j'ai vu jusqu'ici. Il n'est pas en effet un seul des cas précités qui ait menacé de se terminer par un abcès.

Ce sont donc là, à vrai dire, plutôt de *simples fluxions rhumatismales du périoste* que de véritables périostites.

Comme traitement de ces lésions, ce dont j'ai eu le plus à me louer, c'est l'application *loco dolenti* soit de quelques ventouses scarifiées, soit d'un petit vésicatoire volant. Ces moyens soulagent rapidement les malades, et la guérison est ensuite facilement terminée par quelques badigeonnages à la teinture d'iode.

Je suis persuadé qu'en beaucoup de cas l'expectation, aidée de quelque liniment narcotique, suffirait à guérir les malades, en raison de la tendance habituelle de l'affection à la résolution spontanée. Mais il ne faut pas perdre de vue que la maladie abandonnée à elle-même peut aboutir parfois à une terminaison qu'il importe de prévenir, et déterminer des périostoses assez rebelles sur lesquelles je vais appeler l'attention. Il y a donc intérêt ou prudence à intervenir d'une façon un peu active,

spécialement si les lésions paraissent tarder à se résoudre ou prennent une certaine intensité.

II. *Périostoses blennorrhagiques.* — En certains cas qui ne sont pas absolument rares, les fluxions périostiques dont je viens de parler, au lieu de s'éteindre et de se résoudre, donnent lieu à la formation d'exsudats solides qui constituent de véritables tumeurs (*périostoses*) au niveau des parties affectées.

Ces périostoses nous sont déjà connues en partie. La forme noueuse, en effet, du rhumatisme blennorrhagique dont il a été question précédemment n'est, suivant toute probabilité, qu'une lésion mixte résultant à la fois et d'une arthropathie et d'une périostite exsudative de voisinage.

La périostose consiste en une tuméfaction, une véritable tumeur se produisant sur la surface d'un os et paraissant avoir son origine dans la trame même du périoste ; tumeur aplatie et étalée, immobile et adhérente à l'os, douloureuse à son début (1), mais devenant ensuite de moins en moins sensible, résistante, dure, peu volumineuse en général, susceptible cependant de prendre en certains cas un développement assez considérable.

Les périostoses blennorrhagiques rappellent assez bien par l'ensemble de leurs caractères, à la douleur près toutefois, les périostoses ou même les exostoses syphilitiques.

Une fois développées, elles ont une durée longue. Elles peuvent persister plusieurs mois sans modification, en dépit de tous les traitements. Je les ai presque toujours vu finir par se résoudre, mais je n'oserais affirmer que telle est dans tous les cas leur terminaison. Il me faudrait, pour me prononcer sur ce point, des documents plus nombreux que ceux dont je dispose actuellement.

(1) Cela toutefois n'est pas absolument constant. Ainsi, nous verrons dans l'observation XXIV deux volumineuses périostoses ne s'accompagner à leur début que de douleurs minimes.

Le cas suivant, que j'ai observé avec mon confrère et ami le docteur Legroux, est un type — type même exagéré peut-être — de ces périostoses blennorrhagiques.

Obs. XXIV. — *Rhumatisme blennorrhagique. — Accidents divers : Rhumatisme pseudo-goutteux du gros orteil; deux volumineuses périostoses, l'une de la région chondro-costale, l'autre du sacrum. — Guérison.* — X..., âgé de trente ans. Sujet blond, lymphatique, maigre, légèrement anémique. — Assez bonne santé habituelle. — Comme antécédents vénériens, deux blennorrhagies qui ne se sont compliquées d'aucun accident; jamais de chancre; jamais aucune manifestation syphilitique. — Aucun antécédent rhumatismal ou goutteux.

Troisième blennorrhagie contractée vers le mois d'août. — Ecoulement assez abondant au début. — Divers traitements restés sans résultat. — En septembre, une douleur très-légère ou plutôt une simple gêne se manifeste à la partie antéro-supérieure du thorax, vers l'extrémité interne de la clavicule gauche. Cette douleur persiste. De plus, il se produit au même niveau une tuméfaction qui s'est toujours accrue jusqu'à ces derniers temps. — Quelque temps après le début de cette première tumeur, il s'en produit une seconde, également indolente, au niveau du sacrum; celle-ci s'accroît de même. — Plus tard, il se manifeste des douleurs dans l'un des gros orteils; cet orteil se tuméfie en masse, devient rosé à sa partie supérieure, et reste dans cet état presque jusqu'en novembre. — Enfin, une sciatique très-douloureuse se déclare dans le membre droit, sciatique dont mon confrère et ami le docteur Legroux a suivi l'évolution.

Je vois pour la première fois le malade en novembre et je constate les diverses particularités suivantes :

1° *Sciatique* droite, très-accentuée. Douleurs très-vives au niveau de l'émergence du nerf, à la fesse, retentissant dans toute la cuisse en arrière suivant le trajet du tronc nerveux et même dans le mollet. Ces douleurs sont exaspérées par la marche, qui est des plus pénibles et ne s'effectue qu'avec claudication.

2° Gros orteil encore volumineux, tuméfié en masse, empâté mais non œdémateux, indolore, si ce n'est latéralement où il reste encore un peu sensible, n'offrant plus de coloration morbide. Ses articulations sont absolument indemnes.

3° A la région thoracique antérieure, au niveau de la première et de la deuxième côte, près du sternum et de la clavicule, se voit une tumeur arrondie, de la forme et du volume d'une moitié d'abricot. A sa surface les téguments soulevés conservent leur coloration normale et glissent librement sur les tissus profonds. Cette tumeur est très-résistante au toucher, solide évidemment, dure, mais d'une dureté qui n'est pas tout à fait celle de l'exostose; elle est immobile, à base adhérente; elle est presque absolument indolente à l'exploration. — Il est manifeste que cette tumeur ne réside ni dans la peau, ni dans le tissu cellulaire sous-cutané; qu'elle adhère aux côtes et aux cartilages, peut-être même au sternum, et qu'elle est constituée par des éléments solides. Nous croyons pouvoir la rapporter à un exsudat sous-périostique.

4° A la région sacrée, près du bord externe du sacrum et à 2

ou 3 centimètres au-dessous de la dernière lombaire, existe une tumeur en tout point semblable à la précédente, mais un peu plus considérable, du volume et de la forme d'un tiers de pêche environ. Nous y constatons exactement les mêmes particularités symptomatologiques que sur celle du thorax : intégrité des téguments et du tissu cellulaire ; indolence à la pression, résistance, dureté, etc. — Ici encore nous sommes conduits à localiser cette tumeur dans le périoste.

5° Ecoulement uréthral assez léger, encore jaunâtre et purulent. Dans ces derniers temps le malade a fait usage de quelques injections de vin qui n'ont eu pour résultat que d'irriter vivement l'urèthre.

Un tel ensemble de symptômes ne laissait guère de doutes sur la nature de la maladie. C'était bien certainement un rhumatisme blennorrhagique auquel nous avions affaire, rhumatisme caractérisé par une sciatique, une périostite diffuse du gros orteil, et deux périostoses, l'une chondro-costale, l'autre sacrée.

Traitement : dix ventouses scarifiées, sur le trajet du sciatique ; — vésicatoires sur chaque périostose, et badigeonnages consécutifs à la teinture d'iode ; tisane d'orge ; — sirop d'iodure de potassium et d'iodure de fer, etc.

Ce traitement fut suivi des résultats immédiats les plus satisfaisants. Les douleurs sciatiques furent immédiatement calmées par l'application des ventouses, au point que le malade put marcher dès le lendemain sans claudication. — Les périostoses diminuèrent également avec une rapidité singulière.

Le 20 novembre, la sciatique peut être considérée comme guérie ; il ne reste plus qu'une certaine gêne dans le mollet pendant la marche. — La tumeur de la région sacrée est presque disparue ; on ne sent plus à ce niveau qu'un très-léger soulèvement. — Celle de la région thoracique est diminuée des trois quarts et complétement indolente. — L'écoulement subsiste, l'irritation du canal est moindre. — Traitement : continuer le sirop ; continuer les badigeonnages à la teinture d'iode ; injections astringentes.

Je n'ai plus revu le malade à dater de ce jour, mais j'ai su qu'il était absolument guéri.

(*La suite au prochain numéro.*)

HOPITAL SAINT-LOUIS

M. LAILLER.

Avortement au terme de deux mois et demi. — Éruption de taches purpuriques gangréneuses. — Probabilité d'ergotisme aigu.

(Observation recueillie par M. Nottin, interne du service.)

La nommée Lesueur Florentine, âgée de dix-huit ans, couturière, est entrée le 9 février 1869 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n° 10, dans le service de M. Lailler.

Son père, âgé de quarante ans, ressent souvent des crampes dans les jambes. Sa mère, âgée de trente-neuf ans, a fréquemment des migraines avec vomissements, et elle a eu des fièvres intermittentes il y a trois ans. — Deux frères et une sœur sont bien portants. L'aîné, âgé de douze ans, a eu aussi des fièvres intermittentes de longue durée. Chez les ascendants comme chez les collatéraux, on ne trouve, ni manifestations scrofuleuses, ni hémorrhagies habituelles, ni maladies de peau.

Dans son enfance, notre malade n'a pas eu de gourmes, pas d'ophthalmies, pas de glandes au cou. Elle a été réglée à l'âge de treize ans, toujours régulièrement, peu abondamment, sans leucorrhée.

Quoiqu'elle n'ait pas quitté sa famille, elle vit maritalement depuis neuf mois avec un jeune homme qui est en ce moment à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 65, pour une gale compliquée d'éruption secondaire.

Notre malade, à l'entrée de son amant à l'hôpital le 27 janvier, avait déjà des démangeaisons et une éruption psorique. Elle porte aujourd'hui des sillons très-nets.

Le 31 janvier, elle a eu un vomissement dont elle cache ou ignore la cause.

Le 4 février, en revenant de faire visite à son amant à l'hôpital, elle a eu une syncope qu'elle attribue à la fatigue.

Interrogée sur l'état de sa menstruation, elle affirme que ses règles ont toujours été régulières, et elle raconte que, les attendant le 5 février, elle est allée le 6 février au matin demander une drogue à un herboriste qui lui aurait donné de l'armoise et de l'absinthe.

Dans l'après-midi, elle aurait été prise de fièvre avec frissons, chaleur, et sueurs abondantes. — La nuit se serait passée dans l'insomnie, et les règles ne seraient pas venues, elle n'aurait eu ni coliques, ni vomissements, ni diarrhée. — Dans la nuit du 7, et dans la journée du 8, les accès de fièvre avec frissons, chaleur et sueurs profuses, se seraient répétés.

En même temps que ces troubles généraux, la malade avait également depuis le 4 février, une éruption ayant débuté par deux boutons, qui ont augmenté tous les jours, l'un dans l'aine gauche, et l'autre à la fesse du même côté. Lorsque le 8 février d'autres boutons semblables se sont développés sur les cuisses et sur les jambes.

9 février. — A son entrée à l'hôpital, la malade présente une éruption cutanée généralisée et caractérisée anatomiquement par des taches dont la partie centrale noire et mortifiée est entourée d'une phlyctène irrégulière, remplie de sérosité très-chargée de sang. Autour de cette phlyctène purpurique gangréneuse, il y a une auréole inflammatoire relativement très-étendue. Le tout repose sur une base indurée. — Les eschares centrales sont très-superficielles, et le moindre attouchement est senti par la malade.

Les deux plaques purpuriques gangréneuses de la première poussée sont très-larges, elles se touchent par leurs phlyctènes purpuriques. La première siégeant à la fesse gauche a l'étendue de la paume de la main. La seconde dans l'aine gauche est

ovalaire à grand diamètre, long de 5 à 6 centimètres, et parallèle au pli de l'aine.

Les autres plaques siégent l'une au sacrum, une douzaine à la cuisse gauche; huit ou neuf à la cuisse droite, deux ou trois sur le tronc et sur les jambes, une au pouce gauche, et une dernière à l'épitrochlée gauche. — Ces taches présentent des dimensions variables, depuis la largeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 5 francs en argent. Les plus anciennes sont les plus développées, de sorte que leur dimension est en rapport avec leur âge.

La malade a mouché plusieurs fois du sang, et l'examen du nez nous montre sur le côté gauche de la cloison une plaque blanchâtre, pseudo-membraneuse, très-résistante, peu adhérente, et recouvrant une surface purpurique exulcérée. — L'examen microscopique de cette membrane a été fait par notre collègue et ami M. Carville, qui l'a trouvée formée d'un stroma fibreux englobant de nombreuses cellules d'épithélium, et sur une des faces de cette membrane parfaitement organisée il a vu un dépôt fibrineux; de sorte que pour notre collègue la membrane ne serait pas de formation récente, mais serait plutôt le résultat d'une mortification superficielle.

L'éruption est le siége de douleurs spontanées très-intenses qui privent la malade de sommeil depuis plusieurs jours.

10 février. — La malade a pris un bain simple, on lui a fait des lotions alcooliques qu'elle n'a pas pu supporter, et on l'a poudrée avec de l'amidon. Le soir elle a eu un peu de fièvre, 96 pulsations.

11 février. — La malade est montrée à M. Bazin, qui ne se prononce pas. Elle n'a pas de fièvre. Les taches ont augmenté d'une façon très-notable.

M. Lailler prescrit : Julep avec rhum 30 grammes, perchlorure de fer 20 gouttes, poudre d'amidon.

Dans l'après-midi, la malade saigne un peu du nez. Elle se plaint de mal de gorge. On ne voit que de la rougeur sur l'amyg-

dale gauche, — pas d'appétit, 116 pulsations, fièvre assez vive. Douleurs spontanées très-intenses, gémissements continuels.

12 février. — La nuit a été très-mauvaise. Insomnie causée par les douleurs, pas de vomissements, pas de diarrhée, pas de gêne de la respiration. Les bruits du cœur sont normaux, 100 pulsations. Le pouls a perdu beaucoup de force, il est petit; il y a un peu de refroidissement des extrémités. On découvre de nouvelles taches purpuriques gangréneuses sur le dos et sur la poitrine. Il existe à la paupière supérieure gauche une ecchymose qui a paru spontanément ce matin, et qui prend beaucoup d'extension. — Les anciennes taches ont augmenté. Il y a des douleurs vives dans les aisselles et dans les aines, on n'y trouve pas d'engorgement ganglionnaire. Les seins sont douloureux, ils paraissent tuméfiés, sans dureté ni rougeur. La malade prétend qu'elle les a toujours eu développés ainsi. Elle a des cóliques qui la font beaucoup souffrir, elle perd un peu de sang par les parties génitales, sans qu'on recherche le point précis de l'hémorrhagie. Les urines du matin sont sanguinolentes, celles de la nuit sont claires et abondantes, un peu opalines, et contiennent de l'albumine en proportion notable. L'examen microscopique du sang nous montre un grand nombre de globules blancs.

M. Hardy, qui voit la malade, ne se prononce pas sur la nature de l'affection.

Traitement.

Julep	Rhum..................	50 grammes.
	Perchlorure de fer.......	20 gouttes.
Bagnols......................		180 grammes.
Poudre d'amidon.		

Dans l'après-midi, la malade a des frissons; les coliques sont toujours vives; elle perd un peu de sang par les parties génitales; elle a craché une ou deux fois des mucosités sanglantes; l'ecchymose de la paupière a beaucoup augmenté.

Sulfate de quinine....... 60 centigrammes en trois paquets.

13 février. — L'état général de la malade paraît bien meilleur ; elle a dormi ce matin ; les douleurs spontanées et les coliques ont cessé. Garderobe naturelle ; suintement sanguin par les phlyctènes purpuriques ; léger écoulement de sang par les parties génitales ; nausées sans vomissements ; sentiment de grande faiblesse. La paupière supérieure est toute noire sans être gangrenée, l'inférieure est bleuâtre ; les seins, les aisselles et les aines sont toujours très-douloureux à la pression. Sur l'avant-bras et le bras gauche on voit une traînée ecchymotique sous-cutanée, douloureuse et suivant à peu près la direction des artères radiales et humérales. Il est difficile de préciser le siége de cette rougeur qui est diffuse et mal circonscrite. M. Lailler la rapporterait volontiers à une lymphangite. Cependant, les ganglions axillaires ne sont pas engorgés d'une façon appréciable. Les taches purpuriques gangréneuses se sont moins développées que les jours précédents, les auréoles purpuriques et inflammatoires paraissent être restées stationnaires tandis que la plaque gangréneuse centrale s'est étendue. On ne voit pas de nouvelles taches.

L'état moral de la malade est meilleur ; au lieu de pousser des gémissements continuels arrachés par la douleur, elle sourit facilement. La pâleur est très-grande ; le pouls est faible, régulier, 76 pulsations par minute.

Traitement.

Sulfate de quinine		60 centigr. en 3 paquets.
Julep	Rhum	50 grammes.
	Perchlorure de fer.	20 gouttes.
Bagnols		180 grammes.
E. vineuse, bouillon.		

M. Bazin, qui revoit la malade, pense qu'elle est atteinte d'ergotisme aigu.

A midi, après la première dose de sulfate de quinine, la malade a dormi une heure ; mais en se réveillant dix minutes après avoir pris une cuillerée de la potion au rhum et perchlorure de

fer, dont elle demandait la suppression le matin, elle a eu un vomissement noirâtre qui paraît contenir du sang altéré.

A deux heures et demie, dix minutes après une seconde cuillerée de sa potion, la malade a un deuxième vomissement noir. La potion est supprimée.

La malade se plaint d'une douleur vive au creux épigastrique, exagérée par la pression ; la rate n'est pas hypertrophiée. La malade n'a pas uriné depuis la nuit, le besoin est très-impérieux sans possibilité de le satisfaire. Le catéthérisme amène à peine un petit verre d'urine, et les dernières gouttes sont du sang presque pur. Après le catéthérisme, le besoin d'uriner persiste, et une brûlure vive est ressentie dans la vessie.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est développé, le col n'est pas très-ramolli; mais l'orifice externe est entr'ouvert. Le corps de l'utérus et la vessie sont très-douloureux. Le rectum est rempli de matières fécales; le doigt retiré du vagin est coloré par le sang. A la suite d'un lavement émollient, la malade a une garderobe abondante et naturelle.

Son amant, en quittant l'hôpital, nous apprend que sa maîtresse était enceinte de trois mois; mais la malade interrogée de nouveau, affirme que ses règles n'ont manqué que le 5 février.

Dans la nuit, nouveau vomissement semblable à ceux de la journée. Anxiété, agitation; tendances à la syncope, mort le 14 février à quatre heures du matin.

Autopsie trente heures après la mort. — Sur le cadavre, les taches purpuriques gangréneuses ont perdu leur auréole inflammatoire. Les couleurs noire et purpurique se détachent nettement sur le tégument décoloré. Les eschares sont très-superficielles; le tissu cellulaire sous-cutané n'est ni congestionné, ni induré.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Dans la poitrine, on trouve des adhérences pleurales anciennes avec un épanchement séro-sanguinolent du côté droit. Les poumons présentent de petites ecchymoses sous-pleurales

disséminées. Il n'y a pas d'engorgement pulmonaire. Le cœur un peu chargé de graisse baigne dans un demi-verre de sérosité citrine ; sa surface est lisse et très-saine. Les cavités cardiaques contiennent des caillots de formation récente sans prolongement dans les artères. L'endocarde est parfaitement lisse dans toute son étendue, sans vascularisation, ni ulcération. Les valvules et les orifices cardiaques sont sains ; on voit sous la tunique interne de l'aorte quelques taches jaunâtres sans saillie, ni aspérité, l'endocarde est intact à leur niveau. L'abdomen n'est pas ballonné, il ne contient ni gaz, ni liquide épanché. Le péritoine a son aspect normal. Il y a quelques adhérences anciennes et résistantes qui attachent le foie et la rate aux parois abdominales. Les intestins ne sont pas congestionnés, ils renferment des matières d'autant plus consistantes qu'on se rapproche du rectum. — La muqueuse de l'estomac offre un grand nombre d'ecchymoses sous-épithéliales disséminées sans ulcération, même très-superficielle. On voit au niveau du foie congestionné, et d'un rouge-brun, plusieurs ecchymoses sous-péritonéales, l'une dans l'épaisseur du bord inférieur du ligament falciforme, l'autre à la partie médiane et antérieure du ligament coronaire, et une dernière à l'union du cul-de-sac de la vésicule et du bord tranchant du foie ; la rate est saine. L'atmosphère celluleuse du rein droit est infiltrée de sang ; les reins ont leur consistance et leur aspect ordinaires. On trouve seulement une ecchymose sous-épithéliale de la muqueuse du bassinet droit.

Dans le petit bassin, il y a un peu de sérosité sanguinolente ; le corps de l'utérus est rouge et volumineux ; à son angle gauche, il porte une ecchymose sous-péritonéale ; l'ovaire droit est doublé de volume, il est dur, arrondi et congestionné. A son extrémité externe, on remarque une cicatrice déprimée ; la coupe, à ce niveau, montre un corps jaune très-développé de la grosseur d'une aveline.

L'utérus est enlevé avec le vagin ; à la surface de ce conduit

il n'y a pas trace de traumatisme. Le col est entr'ouvert largement, il contient une masse molle, conique, colorée par du sang.

En ouvrant la cavité utérine, on voit une muqueuse rouge, injectée. Dans l'angle droit, elle est un peu fongueuse et inégale, et donne insertion au pédicule qui soutient la masse rouge engagée dans le col. Cette masse polypeuse est composée de deux parties, l'une supérieure continue avec le pédicule est d'un rouge uniforme et constituée par un tissu grenu analogue à un placenta. — La portion inférieure est au contraire formée de membranes agglutinées par du sang interposé entre elles. Un gros stylet mousse pénètre facilement par l'extrémité inférieure de cette masse pour sortir par un trou situé en haut au bord de la portion placentaire. Il n'y a sur la muquense du col ni sur celle de l'utérus, aucune trace de traumatisme. Dans la masse polypeuse examinée avec soin, on ne trouve pas de fœtus ; mais les lésions de l'utérus rapprochées de la présence d'un corps jaune dans l'ovaire droit ne laissent aucun doute sur l'existence d'une grossesse.

La section et la pression des seins ne révèlent pas la présence du lait. Les ganglions de l'aine sont un peu tuméfiés, et le tissu cellulaire environnant est induré; au bras gauche l'ecchymose est examinée avec soin ; elle paraît le résultat d'une coagulation dans une petite veine sous-cutanée avec extravasion sanguine dans le tissu cellulaire périphérique.

Réflexions. — Les résultats de l'autopsie sont en contradiction flagrante avec les renseignements donnés par la malade. Le rapport de l'amant, qui accuse une grossesse de trois mois, paraît au contraire la vérité. Il est permis de supposer que notre malade, à l'entrée de son amant à l'hôpital, se voyant enceinte de deux mois et demi, s'est soumise à des manœuvres abortives, qui ont été suivies de pertes. Ce qui explique le vomissement, la syncope, la pâleur extrême, et l'état général grave de la malade avant son entrée à l'hôpital. Enfin, le diagnostic de M. Bazin, sans être démontré, devient très-probable; car il est impossible

que la malade n'ait pas eu des pertes. L'état général et le silence de la malade doivent même les faire supposer abondantes, d'où l'emploi de l'ergot de seigle à doses exagérées, soit pour favoriser l'expulsion du fœtus, soit comme hémostatique.

Gangrène circonscrite de la peau.

M. le docteur Hilton Fagge a publié dans les *Guy's hospitals reports* de 1868, une revue très-intéressante sur les faits dermatologiques les plus remarquables qui ont été observés dans cet hôpital, sous le titre de *Certaines affections cutanées rares.* Au nombre de ces cas se trouve une observation de *gangrène circonscrite de la peau*, dont il existe, croyons-nous, peu d'exemples dans la science ; nous la reproduisons textuellement.

J. H..., âgé de cinquante ans, entre à l'hôpital le 27 mars 1867. Au moment de son admission, il présente les signes extérieurs d'une phthisie des deux poumons. Il est très-émacié, de haute taille, la figure pâle. Sa mère et une sœur sont mortes poitrinaires. Il a eu la syphilis il y a vingt-cinq ans environ, mais jamais de gonorrhée. Il a bu de grandes quantités de bière, mais jamais d'alcooliques. Son urine contient des traces d'albumine, sa pesanteur spécifique est 1015.

Vers le 23 avril, il éprouve une sensation de tension dans les mollets depuis sept jours. Depuis trois jours, il observe des taches de purpura sur les genoux. A partir de ce moment, elles se sont agrandies, et il en est survenu d'autres sur les cuisses, les jambes et les avant-bras. Celle qui est sur le genou droit est d'une teinte pourpre-foncée avec un liséré rouge. Elles sont à peine sensibles. L'articulation du genou gauche est très-roide depuis trois jours.

Le 29, la tache qui existe sur le genou gauche a une longueur d'environ 3 à 4 centimètres, elle a une forme sémi-cir-

culaire, et paraît être formée d'une surface de peau morte, entourée par une ligne pourpre-foncée. Celle du genou présente la même apparence, seulement elle est plus petite; les autres sont d'une teinte plus uniforme et plus sombre. Le traitement consiste en préparations ferrugineuses et environ 200 gr. de vin par jour.

Le 4 mai, M. Hilton Fagge note que le centre des taches des genoux est d'une couleur jaune-verdâtre sale. Elles sont complétement insensibles. Il n'y a pas de sensation de froid appréciable (sans doute parce que la couche de tissu mort est trèsmince). Presque toutes les taches des jambes paraissent avoir à leur centre un point gangréneux. Aux avant-bras cependant, notamment sur le droit, les points paraissent simplement purpuriques. Ils sont sensibles et entourés d'un liséré légèrement rouge.

Le 9 mai, les petits points disparaissent graduellement.

Le malade s'affaiblit chaque jour et succombe le 21 mai.

A l'autopsie, on trouva une affection tuberculeuse des deux poumons. Il y avait aussi des ulcérations, principalement au cæcum, les glandes mésentériques étaient malades.

Il n'y avait que des signes peu marqués de l'élimination des eschares. Des taches purpuriques existaient sur le dos des pieds et dans le voisinage des points gangréneux.

La littérature médicale contient peu d'exemples d'une affection semblable. Elle a pourtant été décrite par sir B. Brodie comme une « *espèce particulière de gangrène sèche de la peau* » (1), il en a cité, plusieurs exemples analogues à beaucoup d'égards à celui que nous venons de rapporter d'après M. Hilton Fagge. Ce dernier auteur rappelle également que le docteur Morley Rock (2) a publié sous le nom d'érythème gangréneux un cas présentant de nombreux points de ressem-

(1) *Works of sir B. Brodie*, 1865, vol. III, p. 392.
(2) *Lancet*, 1864, vol. II, p. 486.

blance avec le précédent. Ces faits, ainsi qu'un autre du docteur Habershon sont résumés avec soin et talent, et mis en regard de celui que nous avons reproduit plus haut. Nous y renvoyons le lecteur, qui pourra y trouver des renseignements intéressants sur une maladie dont la pathologie reste pour le moment encore un mystère.

L'examen nécroscopique n'a, jusqu'à ce jour, jeté aucune lumière sur cette question, et l'on doit vivement désirer que des recherches ultérieures viennent éclairer ce point obscur de la pathologie cutanée.

BIBLIOGRAPHIE

La fièvre syphilitique.

Dans un travail que j'ai eu l'occasion de citer (voyez *Traité historique et pratique de la syphilis*, Paris, 1866), le docteur Ed. Güntz a noté l'élévation de la température et les symptômes de l'état fébrile au début de la syphilis secondaire. Depuis lors, ce même auteur a donné de la fièvre syphilitique (1), un complément d'étude digne d'intérêt, et dont voici les points principaux.

Particulier à la syphilis acquise, ce symptôme ne s'observe pas chez l'enfant infecté par hérédité, pour cette bonne raison qu'il appartient aux premières périodes de la maladie, et qu'il survient assez peu de temps après l'apparition du chancre. Effectivement, il s'observe ordinairement du 20e au 65e jour à partir de l'infection, si toutefois le malade n'a pas été préalablement soumis à un traitement mercuriel à doses élevées. La fièvre apparaît sans cause occasionnelle appréciable ou à la suite d'un refroidissement, d'une imprudence diététique. Elle peut se borner aux simples phénomènes thermométriques, sans déterminer aucun symptôme subjectif; mais il n'en est pas généralement ainsi, elle s'accompagne souvent de fatigue, lourdeur des membres, céphalalgie, insomnie, soif, anorexie. Elle débute, en général, par un frisson plus ou moins intense, suivi d'accélération du pouls et d'élévation de la température; quelquefois survient en même temps un léger catarrhe intestinal. Cette fièvre continue à croître pendant un jour et demi, deux et rarement trois jours. Arrivée à son maximum d'intensité, elle

(1) Edm. Güntz, *Das syphilitische Fieber* (*Kuchenmeister's Zeitschrift*, 1865).

ne tarde pas à diminuer et à disparaître totalement après une transpiration abondante, à moins que des phénomènes nouveaux ne déterminent une nouvelle exacerbation. Symptôme prodromique assez ordinaire d'une éruption exanthématique, d'une roséole notamment, cette fièvre s'accuse le soir par une élévation de température d'un demi-degré au-dessus de la température du matin. Ainsi dans les cas peu intenses, elle donne le soir 38° C., le matin, 37,50. D'autres fois, le thermomètre mesure 39°, et même plus, sans arriver jamais à 40°.

D'un autre côté, le pouls, augmente de fréquence, mais ne donne jamais plus de 110 pulsations. Souvent l'éruption syphilitique secondaire ne devient distincte ou n'acquiert son maximum d'intensité qu'au moment du déclin de la fièvre, ainsi que cela s'observe dans la variole et dans la rougeole. La fièvre syphilique diffère toutefois de la fièvre de la rougeole et de celle de la variole ; non-seulement, elle dure moins longtemps et n'acquiert pas, en général, un degré de température aussi élevé, mais, en outre, l'espace de temps qui s'écoule depuis le début de la fièvre, jusqu'à l'apparition de l'exanthème est ordinairement plus court dans la syphilis que dans la variole et la rougeole. La tuméfaction ganglionnaire survient d'ordinaire en même temps que la fièvre syphilitique. L'apparition d'une angine, d'une éruption papuleuse ou pustuleuse détermine fréquemment, même après la cessation de la fièvre syphilitique, une élévation de température, ou un retour de l'état fébrile.

E. LANCEREAUX.

REVUE DES JOURNAUX

De la nature et du traitement du lupus érythémateux, par le docteur Maurice Kohn, docent à Vienne (suite).

Esprit de savon de potasse (*Spiritus saponatus kalinus*, Hebra), d'après la formule :

Savon vert..................	128 grammes.
Alcool vert..................	64 —

Faites digérer pendant vingt-quatre heures et ajoutez :

Esprit de lavande.............	8 grammes.

On lave énergiquement les parties malades avec un pinceau de charpie trempé dans cette solution ; les écailles de graisse et d'épiderme qui couvrent les taches se dissolvent ; les orifices dilatés des follicules et les papilles excoriées de leurs bords présentent d'abord de petits points saignants et se recouvrent bientôt d'un sérum sanguinolent, qui, en se desséchant, donne des croûtes d'un jaune brun ; ces croûtes tombent au bout de quelques jours. La première lotion produit parfois une amélioration très-sensible. On recommence chaque fois que les croûtes sont tombées ; on peut même favoriser leur chute avec l'onguent émollient. On arrive parfois à guérir en quelques semaines des taches très-anciennes, sans qu'il en reste des traces.

Les lotions à l'esprit de savon ne laissant quelquefois pas de cicatrices, la douleur qu'elles provoquent est peu intense, elles sont très-faciles à faire et ne présentent aucun danger ; aussi doit-on toujours les essayer avant de recourir à tout autre moyen. Elles conviennent surtout dans les cas récents, quand les taches sont petites et occupent des parties délicates, comme les paupières, dans les cas dus à la séborrhée variolique. Quand

on emploie un autre agent, on peut se servir avec avantage de l'esprit de savon pour nettoyer les parties malades, surtout quand on a pratiqué une cautérisation un peu énergique; il est surtout indiqué quand on s'est servi d'une solution concentrée d'un alcali et suffit souvent pour compléter la guérison.

2° *Savon vert.* — Le savon est un caustique faible; il contient des quantités assez notables de potasse libre; il a à peu près la même action que l'esprit de savon. On peut l'étendre comme un onguent sur des compresses qu'on renouvelle toutes les douze ou vingt-quatre heures; au bout de deux ou trois jours il y a une légère escharification des parties malades; la plaie est recouverte d'un enduit diphthéroïde d'un blanc jaunâtre, rouge, humide, tuméfiée, douloureuse, légèrement enflammée. On combat l'inflammation au moyen de compresses imbibées d'eau froide, et au bout de quelques jours les bords des taches sont plus pâles, plus plats et plus unis.

3° *Solution concentrée de potasse caustique* (potasse, 1; eau distillée, 2). — On nettoie soigneusement les parties malades et on les touche avec la solution jusqu'à ce qu'il se forme une eschare; celle-ci tombe du troisième au cinquième jour; on recommence plusieurs fois de suite. Ce moyen est surtout utile quand les bords du lupus restent durs et saillants.

4° *Ammoniaque liquide.* — Elle agit comme la potasse; mais ses effets sont moins sûrs et son odeur la rend fort désagréable.

Si les alcalis ne donnent pas de résultat, on a recours aux acides, particulièrement à l'acide acétique ou chlorhydrique concentré et à l'acide phénique, qui ne cautérisent pas profondément; leur action est très-précaire; ils produisent pourtant des solutions de continuité dans le bourrelet périphérique; ces interruptions indiquent, en général, que la tache ne s'étendra pas; mais les autres parties du bourrelet résistent avec tant d'opiniâtreté, qu'on est obligé d'en venir à d'autres moyens.

5° *Acide phénique.* — Il n'agit pas aussi bien que dans le lupus ordinaire ; il attaque d'abord la peau saine et n'agit que très-difficilement sur les parties malades, parce qu'elles sont grasses. L'eschare est mince, sèche, très-adhérente et met plusieurs jours à tomber ; on s'expose donc à perdre beaucoup de temps. En outre, la cautérisation occasionne souvent des douleurs cuisantes très-violentes, très-difficiles à calmer. L'acide phénique est indiqué quand les taches sont petites et disséminées.

6° et 7° *Acides acétique et chlorhydrique.* — Leur action est d'autant plus sûre que la peau a été mieux nettoyée ; l'eschare qu'ils produisent est mince et tombe rapidement ; il faut pratiquer plusieurs cautérisations. L'acide acétique nous a donné plus de succès que l'acide chlorhydrique ; mais il est rare qu'ils suffisent pour amener la guérison.

8° *Acide chromique.* — Il donne des cicatrices trop visibles.

9° *Acide nitrique concentré.* — Il agit très-profondément, on ne doit l'employer que quand le lupus affecte toute l'étendue de la peau et même le tissu cellulaire sous-cutané ; car les recherches de Geddings (*loc. cit.*) et l'observation clinique ont démontré que la maladie débute quelquefois par le tissu sous-cutané. Dans un cas dont nous avons déjà parlé, le début fut marqué par des douleurs rhumatoïdes intenses ; sur le dos, aux doigts, et au visage se développèrent des nodules gros, les uns comme un pois, d'autres comme une noisette, d'autres même comme une noix ; ils étaient durs, pâteux, atteignaient le tissu sous-cutané et ressemblaient aux nodules de l'érythème noueux. Ils étaient tout à fait pâles à leur surface. Au bout de quelques jours, leur sommet devenait rouge-pâle et au centre de la tache se formait une petite squame mince.

Le développement du lupus est souvent précédé d'un processus pathologique dans la profondeur du chorion ; d'un autre côté, quand la maladie s'est prolongée pendant des années, la peau, dans toute son épaisseur, et le tissu cellulaire sont indu-

rés et engorgés. Dans ces cas, on se sert des caustiques énergiques, quand les caustiques légers n'ont pas suffi.

L'acide nitrique donne une eschare jaune, épaisse; la réaction inflammatoire est très-énergique et la douleur considérable; l'eschare tombe au bout de quelques jours et laisse à découvert une plaie rouge qui suppure peu, guérit rapidement et donne une cicatrice plate. D'autres fois la cicatrisation ne se fait qu'en quelques points et le lupus persiste. Quelquefois il envahit l'auréole inflammatoire produite par la cautérisation, de sorte que le mal s'est étendu à la périphérie, tout en disparaissant ou en s'améliorant au centre de la plaque; cet accident peut, du reste, se présenter après toute cautérisation énergique. Il ne faut donc se servir que rarement et à de longs intervalles de l'acide nitrique.

10° *Acide sulfurique.* — Il a la même action ; mais il cautérise souvent plus profondément qu'on ne le désire. Nous ne saurions donc le recommander.

11° L'*iode* s'emploie sous forme de teinture ou de glycérolé (iode, 1; iodure de potassium, 1; glycérine, 2, Hébra). On badigeonne deux fois par jour la partie malade avec le glycérolé et on la recouvre d'un papier enduit de gutta-percha. Le premier jour elle devient douloureuse, tuméfiée, rouge; le quatrième ou le cinquième jour on a une croûte dure, très-adhérente ; quatre ou cinq jours après, l'inflammation a disparu et la croûte tombe; comme l'épiderme pénètre sans interruption dans les follicules sébacés, les croûtes entraînent les bouchons épidermiques qui pénètrent dans ces follicules; les orifices deviennent plus petits, l'anneau du lupus est plus plat, moins rouge, il se forme moins de squames. On peut continuer ces badigeonnages pendant un certain temps.

12° *Soufre.* — On l'emploie à l'état de suspension dans l'alcool ou la glycérine ; son action est moins régulière et moins sûre que celle de l'iode.

13° Le *nitrate d'argent* en solution concentrée n'a pas

grande valeur; il faut que les parties aient été bien nettoyées, pour qu'il agisse.

14° Le *goudron* agit comme l'iode; on peut l'employer sous forme d'huile de cade, etc.

15° *Pâte arsenicale* (arsenic blanc, 25 centigrammes; cinabre, 75 centigrammes; onguent émollient, $3^{gr},54$, Hébra). — On étend la pâte sur de la toile, on la maintient pendant trois jours sur la plaie, jusqu'à production d'une eschare d'un bleu noirâtre; la peau enfle, s'œdématie, devient très-douloureuse. Cette pâte présente de grands avantages; elle n'attaque que les parties malades et laisse les îlots de peau saine intacts; la cicatrice est plus profonde que celle que donnerait la guérison spontanée; mais elle n'est pas difforme; l'effet de la pâte est presque certain.

16° *Pâte au chlorure de zinc* (chlorure de zinc, chlorure d'antimoine, acide chlorhydrique concentré et poudre de réglisse). — On l'étend sur un linge qui reste appliqué pendant vingt-quatre heures. La cautérisation est douloureuse, mais l'eschare est bien limitée et moins profonde que celle de l'arsenic; elle comprend aussi l'épiderme.

17° *Emplâtre mercuriel.* — Il nous a donné des effets d'une rapidité surprenante. Nous l'avions d'abord employé pour le traitement des cicatrices. Il y a quelques mois seulement que nous nous en servons contre la maladie elle-même.

Un enfant de cinq ans avait depuis un an et demi des taches de lupus grosses comme une pièce d'un franc aux paupières, du côté gauche, à la lèvre supérieure et au menton, du côté droit; je conseillai des lotions savonneuses le soir et l'application de l'emplâtre pendant la nuit; le matin on lavait la plaie avec de l'huile et du savon, on y appliquait de l'onguent émollient et on la saupoudrait avec de l'amidon; trois semaines après, il ne restait plus la moindre trace de la maladie. Je ne savais d'abord pas si je devais attribuer la guérison au savon ou à l'emplâtre; mais on avait déjà employé sans succès les lotions

savonneuses. Je tentai de nouvelles expériences. J'appliquai l'emplâtre à la malade dont j'ai parlé plus haut et sur laquelle j'avais eu vain essayé, pendant deux ans, tous les remèdes imaginables ; je le renouvelai tous les jours ; en deux semaines, la guérison fut complète, partout où j'avais appliqué l'emplâtre ; mais il y eut de légères récidives. Dans dix autres cas, le traitement dura de six semaines à trois mois.

18. Les *onguents*, les *huiles* et les *graisses* servent à ramollir les croûtes, les squames, les eschares, etc. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, n° 1, analysé par le docteur Lorber, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Lyon.)

La sciatique blennorrhagique.

Voici, assurément, l'une des nouveautés les plus piquantes de l'année, l'un des rapprochements les plus ingénieux qu'ait tenté de créer l'esprit finement analytique auquel nous devons déjà tant d'originaux et solides aperçus. M. le docteur A. Fournier, dans une note lue à la Société médicale des hôpitaux, a cherché à établir que, dans certains cas, la sciatique peut survenir sous l'influence de la blennorrhagie.

« D'après ce que j'ai vu, dit l'auteur, je suis conduit à penser » qu'il existe une sciatique d'origine blennorrhagique, laquelle » se développerait chez les sujets affectés d'écoulement uréthral, » à propos et par le fait de cet écoulement, laquelle en un mot » se produirait sous la dépendance d'un état morbide de » l'urèthre. »

A l'appui de cette proposition, sont rapportées quatre observations que nous croyons devoir résumer très-brièvement.

Chez un premier malade trois blennorrhagies ; trois rhumatismes blennorrhagiques. Sciatique figurant au nombre des manifestations du second et du troisième rhumatisme.

Le malade qui fait le sujet de cette observation n'a jamais été affecté de rhumatisme en dehors de ses blennorrhagies. Son

premier écoulement fut compliqué d'accidents rhumatismaux (arthropathies multiples, synovites tendineuses multiples, double ophtalmie métastatique, etc.), qui persistèrent pendant plusieurs mois.

Un an après, seconde blennorrhagie énergiquement traitée dans le but de prévenir des complications probables. La guérison était presque complète lorsque, à la suite d'excitations multiples et de rapports prématurés, l'écoulement reparut avec une nouvelle intensité et malgré un nouveau traitement qui ne fit du reste que modérer l'intensité de la phlegmasie uréthrale, l'invasion prévue du rhumatisme s'annonça par une double ophthalmie. Deux jours après, c'est-à-dire cinquante-cinq jours après le début de la gonorrhée, apparition d'une *douleur sciatique type*. Pour la troisième fois pendant le cours de la blennorrhagie suivante, se montrèrent des hydarthroses, des douleurs articulaires et musculaires ; des synovites tendineuses, un hygroma aigu, une ophthalmie ambulante d'un œil à l'autre, etc..., et enfin une *sciatique*, comme dans l'accès antérieur.

De même chez un second malade dont l'observation est aussi très-soigneusement rapportée par M. Fournier, on trouve les phénomènes suivants :

Première blennorrhagie, premier rhumatisme : hydarthroses et douleurs articulaires ; — seconde blennorrhagie, second rhumatisme : hydarthroses, ophthalmie métastatique, synovites tendineuses, douleurs diverses et *sciatique ;* — troisième blennorrhagie, troisième rhumatisme : hydarthrose, synovites tendineuses, douleurs articulaires et *sciatique.*

Ces faits, comme le dit le savant médecin de Lourcine, ont une grande valeur. On ne saurait ici admettre pour explication la coïncidence fortuite ; ce serait abuser étrangement de cet argument. Car on peut bien croire une première fois à une complication accidentelle ; mais ce serait singulièrement compter sur le hasard que de mettre à sa charge l'apparition chez le

même sujet qui aurait attendu tout exprès jusque-là, la provenance d'une deuxième sciatique durant une deuxième blennorrhagie.

Dans les deux observations rappelées ci-dessus et qu'on trouvera longuement et soigneusement détaillées dans le mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, la sciatique s'est reproduite deux fois chez chacun des deux malades, et cela dans des conditions identiques et indiquant que les mêmes effets devaient être rapportés à une seule cause, c'est-à-dire à l'influence blennorrhagique.

L'auteur rapproche très-judicieusement des observations précédentes deux faits extraits du livre d'E. Home sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Dans le premier, sciatique des plus violentes durant le cours d'une blennorrhagie; guérison. Deux ans plus tard, autre écoulement; récidive de la sciatique. On constate la présence des rétrécissements uréthraux qui, traités chirurgicalement, guérissent; aussi la sciatique disparaît.

Second cas : blennorrhagie; deux ou trois mois après (le malade était-il bien guéri?), *première sciatique*; — six ans plus tard, autre blennorrhagie; *seconde sciatique* qui dure deux ans. — Autre blennorrhagie; *troisième sciatique* qui résiste à tous les traitements et guérit comme par enchantement du moment où l'on traite le canal affecté de rétrécissement. (Ces deux observations sont reproduites *in extenso* dans le travail de M. Fournier.)

Enfin, dans deux autres observations, il s'agit encore de malades affectés successivement trois fois de rhumatismes à propos de trois blennorrhagies. Dans ces deux derniers cas, il se produit des accidents divers sur les jointures, les synoviales des tendons, les yeux, etc..., et ce n'est que concurremment avec le troisième rhumatisme qu'il se développe une *sciatique*.

La sciatique qui se déclare à l'occasion de la blennorrhagie

n'est pas identique en tous points avec la sciatique vulgaire, elle paraît à M. Fournier en différer assez habituellement par son mode d'évolution. Celui qu'elle affecte est le suivant : explosion soudaine des phénomènes morbides, qui atteignent d'emblée leur maximum d'intensité ; atténuation rapide des douleurs ; — durée relativement courte de la maladie. Ces différences ne sont certainement que d'un ordre secondaire, mais elles impriment cependant à la maladie une allure en quelque sorte spéciale et lui donnent une physionomie qui n'est pas tout à fait celle de la sciatique commune.

En résumé, dit l'auteur, il n'est pas rare de voir coïncider sur les mêmes malades la blennorrhagie et la sciatique. L'association de ces deux états morbides peut sans doute n'être qu'un simple effet du hasard, une coïncidence fortuite; mais en certains cas elle paraît être la conséquence d'une relation pathogénique ; c'est alors la blennorrhagie qui détermine la névrose, tout comme chez d'autres sujets elle développe des arthrites, des hydarthroses, des ophthalmies, des phlegmasies de quelques bourses tendineuses, etc.

Ce qui démontre cette relation, c'est notamment :

1° Qu'on voit figurer parfois la sciatique au nombre des accidents du rhumatisme blennorrhagique ou mieux uréthral ;

2° Qu'il existe des cas où des sciatiques se sont manifestées à plusieurs reprises dans le cours de plusieurs rhumatismes uréthraux consécutifs ;

3° Qu'il en est d'autres où, dans une série de rhumatismes de cet ordre, la sciatique a semblé alterner avec des manifestations rhumatismales de même nature, mais de siége différent ;

4° Enfin que, au point de vue symptomatologique, la sciatique qui succède à la blennorrhagie paraît différer à certains égards de la sciatique vulgaire.

Au point de vue thérapeutique, la sciatique serait plus faci-

lement curable que la sciatique commune. Dans un cas communiqué par le docteur Lepère, les douleurs cédèrent rapidement à l'emploi d'un opiat anti-blennorrhagique; mais le traitement qui a le mieux réussi à l'auteur, c'est l'emploi des ventouses scarifiées.

Enfin la sciatique blennorrhagique présente une dernière particularité assez rare, il est vrai, et sur laquelle M. Fournier appelle avec raison toute l'attention des observateurs : c'est un *hygroma aigu de la bourse séreuse ischiatique*, *hygroma* qui s'accompagne souvent de douleurs fort vives. Ce serait, selon lui, un nouvel accident à ajouter aux manifestations déjà si multiples et si variées du rhumatisme uréthral.

Comme on peut facilement en juger par cette analyse, le travail de notre savant et distingué confrère est des plus intéressants. Il appelle l'attention sur une conséquence, ou une complication, méconnue jusqu'à ce jour, du rhumatisme blennorrhagique. Du reste les nombreux travaux déjà publiés sur cette question par notre collaborateur et par d'autres auteurs, au nombre desquels il convient de placer M. Rollet, montrent la connexion intime qui existe entre l'inflammation uréthrale et certaines formes rhumatismales. Mais de toutes celles que l'observation avait signalées jusqu'ici, l'une des plus dignes d'étude et des plus imprévues est incontestablement celle qui relie la sciatique à la blennorrhagie; et c'est à M. le docteur Fournier que reviendra l'honneur d'avoir élucidé en même temps qu'indiqué ce point de pathologie. Il sera donc désormais acquis à la science que toutes les lésions appartenant de près ou de loin au rhumatisme peuvent survenir comme conséquence d'une blennorrhagie uréthrale, tout en présentant des nuances qui permettent de les distinguer des altérations rhumatismales ordinaires.

Bien des points restent encore à expliquer sans doute, mais il est permis d'en espérer la solution prochaine, en raison justement des recherches de l'auteur dont nous analysons le

travail, recherches qui ouvrent la voie à suivre pour atteindre le résultat désiré.

Nous voilà bien loin, on en conviendra, de l'époque et de l'école qui ne voyaient, ou qui ne voulaient voir dans la blennorrhagie qu'une inflammation simple. Plus l'observation se perfectionne, et plus se dessinent, se multiplient, plus grossissent sous le champ de l'inspection clinique les effets pathologiques de ce point de départ, plus éclate le retentissement constitutionnel de cet état trop longtemps cru borné à l'hypérémie d'une partie circonscrite du système muqueux génito-urinaire. C'est un point que, chez certains sujets prédisposés — les seuls, fort heureusement qui payent tribut à ces complications-là — le sort d'un syphilitique paraît préférable à celui du blennorrhagique, et qu'il n'est pas rare de leur entendre exprimer énergiquement cette préférence, les suites de chaque blennorrhagie ayant, chez eux, toute la généralité, tout la ténacité et pour le moins l'incommodité des manifestations qu'engendre la syphilis, sans conférer, comme celle-ci à ses ex-tributaires, le précieux privilége de la *loi d'unicité*.

La première réflexion que provoquent les recherches si neuves et si complètes de M. Fournier, c'est que la bénignité de la sciatique blennorrhagique par rapport aux sciatiques ordinaires est le parfait analogue de la bénignité du rhumatisme blennorrhagique par rapport au rhumatisme commun. Cette bénignité relative, qu'a si justement fait ressortir M. Rollet, constitue l'un des meilleurs caractères de l'essentialité de l'espèce rhumatismale qui est liée à la blennorrhagie. Il en est de même de l'efficacité toute spéciale qu'ont, en pareil cas, les médications locales et notamment les ventouses scarifiées. Les ayant souvent éprouvées nous-même comme la seule ressource utile contre ces roideurs qui s'éternisent dans les petites articulations de la main après un rhumatisme blennorrhagique, nous ne nous étonnons point de leur voir assigner par M. Fournier la même efficacité contre sa sciatique blennorrhagique.

Mais cette *sciatique* est-elle bien réellement une névralgie ? n'en aurait-elle pas seulement les apparences ? Ne serait-elle pas plutôt un effet de la compression exercée, dans certaines attitudes, sur le nerf sciatique par l'hydropisie de la bourse séreuse ischiatique, qu'une lésion proprement dite du nerf même ?... M. Fournier ne s'étonnera pas qu'on lui pose cette question ; c'est lui-même, c'est sa complète et loyale manière de décrire qui nous l'a suggérée, en appelant notre attention et sur les caractères imparfaits — ébauchés, dirait M. J. Guérin — de cette sorte de sciatique, et sur la constatation fréquente de l'hygroma ischiatique en pareil cas. L'épanchement séreux est la terminaison si ordinaire de l'arthrite blennorrhagique, qu'il n'y a rien d'aventuré à fonder, sinon une explication, du moins un doute, sur l'existence et les effets de cet épanchement. Citons à l'appui de ce doute une observation toute récente de M. Gosselin (*Gazette des hôpitaux*, 12 décembre 1868), observation dans laquelle le savant professeur, après avoir décrit les symptômes névralgiformes (1) et reconnu la coexistence d'une blennorrhagie chez le sujet (un jeune homme de vingt-neuf ans), conclut en ces mots expressifs : « Pour le plus grand nombre des praticiens, a-t-il dit, ce serait une sciatique. Je ne suis pas de cet avis. Dans les vraies sciatiques que j'ai observées, les malades ne souffraient pas autant pendant la marche et ne boitaient pas à ce degré ; les exacerbations douloureuses revenaient spontanément, et n'étaient pas, comme chez notre malade, provoquées exclusivement par le mouvement. »

On le voit, il y a encore plus d'un problème à résoudre. La

(1) En faisant marcher le malade, on constate qu'il boite considérablement, qu'il marche à petits pas, et il assure que chaque fois qu'il amène en avant et appuie le pied gauche, il ressent une grande souffrance dans la région fessière, un peu au-dessus du pli fessier. Du reste, on ne voit dans la région qu'il indique ni gonflement ni rougeur, et la douleur irradie à quelques centimètres seulement de la fesse, le long de la partie postérieure de la cuisse.

discussion est ouverte. Consistant, ne devant consister qu'en réminiscences ou en apports nouveaux des cliniciens avertis par la communication de M. Fournier, cette discussion aura bientôt amené un résultat. Elle peut, d'ailleurs, se poursuivre sans nul dommage pour les malades. Le sort de ceux-ci n'est point attaché au sein dans lequel interviendra la solution. Car vers quelque opinion que le praticien se sente disposé à pencher, il se souviendra, en attendant, que les antiphlogistiques et les révulsifs appliqués au point d'émergence du nerf sciatique constituent la médication qui est reconnue la plus efficace par tous les observateurs comme par toutes *les doctrines.*

Traitement du psoriasis par le baume de copahu, par Frederik Simms. (*British medical Journal*, n° 428, 15 mars 1869.)

L'utilité du copahu dans le traitement de cette affection, a été découverte d'une manière tout à fait accidentelle par M. le professeur Hardy. Un malade atteint de psoriasis avait en même temps une blennorrhagie ; on lui administra du copahu contre cette dernière affection, et l'on constata que la maladie cutanée disparaissait, en même temps que l'écoulement se tarissait. Depuis, le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis a souvent obtenu de cette substance des résultats très-prompts et très-avantageux. On le donne à la dose de 4 à 6 grammes par jour, sous forme d'opiat, en le mélangeant avec une égale quantité de magnésie.

Le docteur Simms, qui y a eu recours sur ces indications, se loue beaucoup de son emploi qu'il recommande vivement, avec l'espoir qu'un remède aussi efficace ne sera pas abandonné simplement parce qu'il est nauséabond. Chez les jeunes sujets, dit-il, surtout lorsque l'affection n'est pas ancienne, l'éruption copahique survient rapidement, et disparaît ensuite en entraînant avec elle l'ancienne maladie. Deux ou trois semaines suffisent, en général, dans ces cas-là ; mais on obtient plus diffici-

lement la guérison chez les personnes âgées ou qui ont eu des rechutes.

Quant à nous, nous croyons comme M. Hardy que cet agent thérapeutique n'a qu'une importance secondaire auprès de l'arsenic. Et nous inclinons à penser que son action irritante sur la muqueuse gastro-intestinale, son odeur désagréable et *compromettante*, seront toujours des obstacles sérieux à la généralisation de son emploi, comme remède d'une maladie essentiellement chronique, où l'administration du copahu devrait par conséquent avoir une durée peu compatible avec les inconvénients inhérents à son ingestion.

L'eczema marginatum, étude sur la nature de cette maladie,
par le docteur Pick, docent à l'Université de Prague.

Sous le nom d'*eczema marginatum*, Hebra a décrit une espèce particulière d'eczéma qui a pour caractères distinctifs : de se localiser à la face interne des cuisses, au mont de Vénus et à la peau des fesses, de progresser à la périphérie en même temps qu'elle rétrocède au centre, de se délimiter nettement de la peau environnante par un bord un peu saillant, sur lequel les manifestations eczémateuses sont plus exactement tranchées qu'en tout autre point ; enfin cette affection survient presque exclusivement chez les hommes, spécialement chez les cordonniers. Ces caractères la distinguent nettement de tous les autres eczémas. La marche de la maladie présente aussi des particularités qui la différencient de l'eczéma ordinaire des mêmes régions. Dans son ouvrage, Hebra fait ses réserves sur le nom qu'il a donné à cette dermatose ; mais ses doutes se bornent à la nature de la maladie et il se demande si elle n'est pas de nature syphilitique.

En 1864, Köbner (de Breslau) a essayé de démontrer, par des recherches cliniques et expérimentales, la nature parasi-

taire de l'affection. Mais Hebra maintint sa première opinion : « Köbner pense que la dermatose que j'ai appelée *eczema marginatum* est une affection parasitaire et doit être considérée comme une variété d'*herpes tonsurans*. Mais dans mon eczema marginatum il n'y a *jamais* de champignons, ni au début, ni dans le courant de la maladie. Si donc Köbner a trouvé des champignons à la face interne des cuisses et au scrotum, ce dont je ne doute pas, il avait affaire non à de l'eczema marginatum, mais à de l'herpes tonsurans (*Trichophyton tonsurans*), dont l'existence en ces régions a été reconnue par plusieurs auteurs (Baerensprung) et par moi-même. J'espère que tous ceux qui auront l'occasion de voir des cas d'eczema marginatum reconnaîtront qu'on ne peut pas donner de nom plus convenable à la maladie. »

A l'époque où cette discussion s'engageait, Pick étudiait les affections cutanées parasitaires ; la question rentrait donc dans le cadre de ses recherches. Il fallait d'abord analyser et apprécier scrupuleusement les caractères indiqués par Hebra : la description qu'il donne est si nette que le diagnostic ne saurait être douteux. La maladie débute toujours par la surface de la cuisse contre laquelle le scrotum est ordinairement appliqué, elle commence par une tache rouge, grande comme une pièce de 2 francs, un peu saillante ; les démangeaisons sont assez vives et le malade, en se grattant, provoque des excoriations. Bientôt le centre de la plaque pâlit ; la périphérie seule présente encore de l'eczéma sous forme de papules, de vésicules, d'excoriations ; le liquide provenant de la rupture des vésicules et le sang provenant des excoriations donnent, en se desséchant, des croûtes. Ces symptômes conservent leur caractère dans le cours ultérieur de la maladie, et à mesure que l'eczéma gagne du terrain à la périphérie, il guérit au centre pour n'y laisser qu'une pigmentation brune de la peau.

Il est important de noter que l'eczéma reste rarement localisé dans la partie atteinte la première et qu'il se forme de nou-

velle taches, le plus souvent dans le voisinage immédiat de la première plaque.

Mais dans ce tableau on trouve tous les signes qui caractérisent l'herpes tonsurans; il n'y manque que la présence du parasite. Köbner l'avait démontrée en prenant des lamelles épidermiques provenant d'un malade atteint d'eczema marginatum ; les avait inoculées à son avant-bras et avait obtenu de l'herpes tonsurans : ce malade était atteint d'uréthrite et avait été infecté par des préparations de *Trichophyton tonsurans*, près desquelles Kobner l'avait examiné.

Pick rapporte six cas dont la plupart furent considérés par Hebra lui-même comme de l'eczema marginatum et dans lesquels on trouva toujours du *Triehophyton tonsurans*. Le sixième de ces cas n'est pas de l'eczema marginatum dans le sens d'Hebra, puisqu'il se trouva entre le sein et le thorax d'une femme de cinquante-deux ans; mais ses symptômes étaient identiques avec ceux de l'eczema marginatum et ne présentaient aucune analogie avec ceux de l'eczema ordinaire du sein.

Pour que la démonstration fût complète, il s'inocula des pellicules provenant de l'un de ces malades, les maintint appliquées contre sa cuisse au moyen du scrotum qu'il fixa lui-même au moyen d'un bandage; cette greffe fut couronnée d'un plein succès.

De tous ces faits, Pick conclut que :

L'eezema marginatum d'Hebra est une affection cutanée parasitaire qui présente les symptômes de l'herpes tonsurans vésiculeux réunis à ceux de l'intertrigo.

La localisation aux cuisses, au scrotum, etc., donnée par Hebra comme caractéristique, n'est si fréquente que parce que les conditions de production de la maladie se trouvent souvent réunies dans ces parties ; mais elles se présentent encore dans l'aisselle, sous le sein, etc.

L'herpès peut compliquer l'intertrigo, se joindre à lui ou bien le provoquer ; car l'inoculation des parasites réussit d'au-

tant mieux que la peau est mieux préparée par la macération à les recevoir ; d'un autre côté, il est évident que l'herpès de deux parties de peau adossées l'une contre l'autre favorisera le développement de l'intertrigo.

Diagnostic. — L'examen microscopique des pellicules fournit un signe pathognomonique, mais il n'est pas nécessaire ; car il est difficile de confondre l'eczema marginatum avec d'autres affections ; on reconnaîtra à l'inspection des bords de la tache qu'on n'a devant soi ni un psoriasis, ni un intertrigo simple ; celui-ci serait beaucoup plus accentué au centre de la tache, près du pli crural, qu'à la périphérie ; quant au psoriasis, il peut bien être limité par un anneau rouge, mais sans papules ni vésicules ; de plus, le psoriasis de la région donne beaucoup de croûtes et épaissit l'épiderme.

L'*eczema marginatum* offre pourtant une assez grande analogie avec l'*herpes tonsurans maculosus*, qui affecte assez souvent la partie supérieure de la cuisse sous forme d'une tache d'un rouge jaunâtre avec rebord rose, arqué, mais frangé ; ce rebord est très-peu saillant et ne porte ni papules, ni vésicules, ni croûtes ; l'intérieur de la tache est souvent normal ; la grande tache est ordinairement entourée de petites taches de même nature. En raclant les parties malades avec l'ongle ou avec la lame d'un couteau, on en détache de petites pellicules analogues à du son, et qui, examinées au microscope, présentent des conidies isolées ou réunies en chaînons, mais bien peu de mycélium. Les malades atteints de cette affection s'en plaignent rarement parce qu'elle ne les incommode pas.

Étiologie. — La maladie est due à l'un des nombreux champignons dont les germes se trouvent dans l'atmosphère et qui ne demandent qu'un milieu propice pour se développer.

La recherche du parasite exige beaucoup de patience et une certaine habitude ; le centre de la tache n'en contient plus que des débris très-difficiles à reconnaître ; on ne le trouve pas non plus dans les éruptions récentes ; car il siége dans le corps mu-

queux de Malpighi et n'arrive qu'au bout d'un certain temps à la surface ; il se trouve surtout dans les pellicules qui sont près du bord de la plaque.

Pronostic. — La maladie durera d'autant plus longtemps que la partie affectée sera plus riche en poils.

Traitement. — Il faut d'abord s'attacher à guérir l'intertrigo en empêchant le contact du scrotum avec la peau de la cuisse et en saupoudrant les parties avec de l'amidon ou du lycopode ; puis on les frictionne avec un morceau de flanelle et du savon vert et on les badigeonne avec une solution d'acide phénique aromatisée avec de l'huile d'amandes amères ou de l'essence de mirbane (nitrobenzine) ; on peut aussi employer la benzine. Quand il y a de fortes excoriations, l'huile de cade donne de très-bons résultats ; mais l'acide phénique vaut mieux, parce qu'il détruit aussi le champignon dans l'intérieur du poil.

Quand la partie malade est très-velue, comme le mont de Vénus ou l'aisselle, il faut raser le centre de la plaque et en épiler les bords. (Analysé par le docteur Lorber, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Lyon.)

Syphilis héréditaire. — Syphilis constitutionnelle, chez la mère, remontant au sixième mois de la grossesse. — Mari affecté de chancres terminés par cicatrisation nette. (Clinique de M. le professeur Thiry.)

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, d'un tempérament lymphatique, et d'une constitution profondément altérée qui se présente le 22 novembre, à la consultation de M. le professeur Thiry, avec son enfant âgé de neuf semaines.

La surface cutanée de l'enfant est recouverte de papules dans lesquelles on constate d'une manière évidente le fibroplasme spécifique de la syphilis, ce que M. Thiry appelle le *syphilioma.* Les papules entourant la bouche et le nez sont ulcérées, et laissent suinter une matière ichoreuse. La figure est flétrie ;

coryza et bronchite; pâleur et amaigrissement; saillie du ventre; voix rauque, éteinte; l'enfant prend encore parfaitement le sein; rien aux parties génitales et à l'anus.

« En présence d'altérations aussi homogènes, dans lesquelles nous retrouvons, dit l'auteur, les éléments de l'induration vérolique initiale, nous diagnostiquons une syphilis héréditaire. »

La mère a la peau recouverte de papules dans lesquelles on retrouve l'induration initiale trahissant un fibroplasme dur, non dépressible et d'un aspect nacré. Engorgement des ganglions inguinaux et sous-occipitaux. Masque syphilitique, chloro-anémie, flaccidité musculaire, amaigrissement. Laryngo-bronchite, voix rauque et sifflante, la muqueuse du pharynx présente de petites taches rouges avec exfoliation épithéliale, véritables syphilides muqueuses.

C'est seulement quinze jours ou trois semaines après la naissance que son enfant a commencé à devenir malade.

Elle a neuf enfants dont cinq vivent encore et jouissent d'une bonne santé. Elle a toujours été bien portante. Vers le sixième mois de cette dernière grossesse, elle ressentit une vive douleur à la marge de l'anus, il survint un gros bouton qui s'ulcéra, s'étendit et résista aux moyens mis en usage pour le combattre. A la même époque, son mari se plaignit d'une plaie à la verge, mais chez lui elle se cicatrisa promptement.

A l'examen, cette femme présente à la marge de l'anus une cicatrice très-étendue, avec une dureté parcheminée tout à fait caractéristique au toucher. Cette femme avait été infectée de chancre par son mari; ce chancre avait pris la forme phagédénique, et, après avoir résisté longtemps, s'était enfin terminé par induration vérolique initiale; de là, la transformation de sa constitution et de celle de son enfant; de là aussi l'identité des altérations que l'on observait chez la mère et chez l'enfant, et dénotant une origine identique.

Chez le mari, fort et robuste, qu'on examine avec le plus grand soin, on ne trouve aucune trace de syphilis. A la verge,

on constate la cicatrice d'un chancre. Nulle apparence d'induration.

A propos de ce fait, M. Thiry insiste particulièrement sur ce point : d'après la disparition plus ou moins prompte de l'induration sous l'influence des mercuriaux, on peut juger des chances de la guérison. Quelles que soient l'énergie et la longueur du traitement spécifique, que la santé soit aussi bonne que possible, tant qu'il restera un point dur sous la cicatrice du chancre, la récidive est certaine. Au contraire, si, alors que la constitution s'est rétablie, l'induration initiale a disparu en même temps que tous les autres accidents, on peut 90 fois sur 100 affirmer la guérison radicale.

L'observation qui précède, ajoute l'auteur, prouve aussi une fois de plus combien sont dans l'erreur ceux qui ont créé ces nombreuses divisions de chancres qui embarrassent les praticiens et compromettent l'humanité.

Dans le cas actuel, le mari, cause première de tout le mal, est resté indemne de syphilis parce que son chancre s'est guéri sur place, par cicatrice nette ; pourtant, c'est de ce fait qu'est sorti le virus chancreux qui a infecté la femme, et chez elle le chancre, au lieu de se terminer par cicatrice nette, a donné lieu à l'induration, et celle-ci à la syphilis. *Un tel fait, et il n'est pas rare, ne renverse-t-il pas la théorie des dualistes ?*

M. Thiry tire en outre la conclusion suivante, que, depuis longtemps, il avait déjà signalée.

C'est que, dans la vérole qui se contracte au cinquième ou au sixième mois de la grossesse, on ne remarque que rarement l'avortement ; l'enfant n'a pas le temps nécessaire pour se transformer complétement ; la vérole le pénètre sans doute, mais il peut naître avec toutes les apparences de la santé ; seulement quinze jours, un mois, deux mois après la naissance, elle fait explosion.

De ce fait, il conclut que si, comme cela arrive, on vaccine un enfant de cette catégorie avant l'apparition des symptômes,

syphilitiques, dans la grande majorité des cas les praticiens seront tentés d'attribuer ces symptômes au vaccin, qui cependant sera innocent du crime dont on l'accuse; on proclamera l'existence de la syphilis vaccinale, et l'on comprend que les parents ne seront guère tentés de justifier le vaccin du méfait dont on l'accuse si injustement.

Un traitement spécifique fut institué, la santé de la mère et celle de l'enfant s'améliorèrent rapidement. Mais le 24 décembre, la mère vint annoncer que son enfant était mort, sans donner de renseignements sur la nature du mal qui l'avait emporté. (*Presse médicale belge*, n° 8, janvier 1869.)

Nous avons longuement rapporté cette observation, et les réflexions qui l'accompagnent, parce qu'elles soulèvent plusieurs points très-intéressants de syphiligraphie sur lesquels nous sommes en opposition complète avec M. le professeur Thiry.

Notre estimé collègue attribue le chancre de la femme à la chancrelle du mari. Et pourquoi ? Par quelles considérations ? Parce qu'*à la même époque* où la femme était malade, son mari se plaignit d'un mal à la verge!...

Eh bien! ou il existe deux logiques différentes, l'une pour les identistes, et l'autre pour les non-identistes, ou le vague des détails qui permet à M. Thiry de tout affirmer, nous autorise, nous, à tout contester ; c'est donc au nom de ce *droit commun*, que nous demandons qu'on nous prouve d'abord, ou que ce n'est pas la femme atteinte de chancre mixte qui aura donné une chancrelle à son mari, ou plus simplement, que la femme ne tenait pas son chancre d'un autre que de son mari ?

Quant à la garantie qu'on espère trouver dans la disposition de l'induration, il y a là une part de vérité dans les prémisses qui explique, mais sans la justifier, l'inexactitude de la conséquence. Oui, un chancre dont l'induration persévère longtemps, était un chancre annonçant une syphilis forte, syphilis lente à guérir, et féconde en récidives. Et, tout au contraire, une

syphilis faible a ordinairement, pour accident primitif, un chancre dont l'induration est éphémère. Mais il serait erroné et dangereux d'aller plus loin : erroné parce que des récidives surviennent très-souvent, longtemps après que toute induration s'est évanouie; dangereux et doublement dangereux, parce qu'il n'y aurait pas moins d'inconvénient à continuer outre mesure un traitement mercuriel d'après le seul indice d'un noyau induré, que le temps seul se chargera de résoudre, qu'à affirmer la guérison certaine d'un sujet, et par suite, son aptitude à procréer, d'après la fonte de l'induration cicatricielle de son accident primitif.

Du lupus érythémateux, par Erasmus Wilson.

Le lupus érythémateux est une maladie de la nutrition cutanée, une affection dystrophique, qu'on rencontre sur la face, sur la tête et sur les membres. Elle se manifeste sous la forme de taches de petite dimension et de forme irrégulière, et présente trois degrés principaux, d'érythème, d'incrustation et d'atrophie. Elle présente aussi quelques variétés suivant la région qu'elle occupe; elle est essentiellement chronique dans sa nature, et dure généralement plusieurs années,

C'est une affection rare comparée aux autres maladies cutanées; on la rencontre seulement 56 fois sur 9000 cas, c'est-à-dire un peu plus de 6 fois sur 1000, ou de 1 cas sur 200.

Son siége le plus commun est le nez, puis les joues particulièrement au voisinage des paupières, ensuite les oreilles, le cuir chevelu, enfin les doigts et les orteils. Très-souvent on le rencontre dans deux ou trois de ces points à la fois, et quelquefois dans tous. Sur le nez il peut être situé sur le dos ou sur le sommet. Quand il se montre à ce dernier endroit, il ressemble fréquemment à son début à une engelure; la partie est rouge, un peu enflée, et d'une teinte rouge foncée pourpre ou livide. Sur le dos du nez, la maladie commence comme une

tache à contours irréguliers, d'une couleur rouge foncée ou pourpre, quelquefois s'élevant un peu au-dessus du niveau de la peau, mais généralement plate. C'est la période d'hypérémie ou d'érythème (*erythematous stage*). Au bout de peu de temps l'activité du centre de la tache diminue, celle-ci se déprime, et alors elle se recouvre d'une squame rude ou d'une croûte mince composée d'épiderme exfolié et de sécrétion sébacée desséchée. C'est la période d'incrustation (*encrusted stage*) ; la croûte ou squame adhérente est d'une couleur jaunâtre sale ou grisâtre, tandis que le rebord de la partie affectée conserve sa proéminence et son activité vasculaire. Enfin, la dépression de la surface est plus accentuée, la croûte s'exfolie, et la peau affectée se trouve amincie et semblable à une cicatrice; c'est la troisième période ou période d'atrophie (*atrophic stage*).

On peut observer que les périodes d'érythème et d'incrustation se confondent assez souvent, et alors la première manifestation de l'affection qu'éprouve le malade consiste en une légère croûte composée apparemment de matière sébacée sèche, plus ou moins épaisse, et entourée d'un bord étroit et irrégulier d'une couleur rouge foncée. Un autre caractère, assez remarquable, peut-être presque pathogénique, consiste dans l'évidence avec laquelle on aperçoit les ouvertures des follicules pileux ; les pores sont larges et dilatés, distendus de débris épithéliaux à teinte jaunâtre ou grisâtre, et l'on en voit souvent partir des détritus secs et semblables à de la corne. Il ressort de l'examen de la partie affectée que les ouvertures des follicules sont mises en relief moins par la proéminence de la matière sébacée qui les remplit que par la résorption de la couche papillaire des espaces interfolliculaires; de sorte que le processus atrophique a déjà commencé et a même fait des progrès évidents. Dans une dernière période on voit proéminer non-seulement les pores des follicules, mais encore le chapelet des glandes sébacées qui s'ouvrent près de leurs orifices. Dans quelques cas

nous voyions comme une sorte de dissection délicate de la couche sous-papillaire de la peau, montrant les orifices des follicules, les glandes sébacées qui entouraient leur collet, et un réseau vasculaire grossier occupant les espaces intermédiaires.

Sur les joues et sur la face l'affection se présente sous la forme de taches d'un rouge sombre, à contours irréguliers, recouvertes dans la plus grande partie de leur étendue par une concrétion sèche, rude, d'apparence cornée, formant une croûte peu épaisse, recouvrant les orifices béants des follicules pleins, et bordée d'un bord étroit qui se confond avec la peau environnante. Les propriétés objectives de ces taches sont la sécheresse, l'épuisement des fonctions, l'affaiblissement, l'atrophie, comme si la partie avait été brûlée ou rotie.

Aux oreilles, la maladie tend à passer plus rapidement de la période érythémateuse à la période atrophique; et l'incrustation est moins commune, probablement à cause de la moins grande dimension des follicules et des glandes sébacées. Très-souvent la peau est tellement amincie qu'elle ressemble à un parchemin étendu sur le cartilage, et que le lobule de l'oreille, avec la graisse et le tissu cellulaire qui le composent, a disparu. De même, lorsque la maladie attaque le sommet du nez, les saillies et la forme des cartilages font saillie d'une façon évidente.

Sur le cuir chevelu, la maladie atteint souvent la période atrophique avant qu'on l'ait observée. A ce moment, on peut rencontrer une croûte légère de desquamation et une calvitie complète. Le tégument est assez mince pour suffire à peine pour recouvrir l'os, et la chute des cheveux a succédé à l'oblitération des follicules pileux. Comme sur les autres parties du corps, les follicules sont remplis de débris desséchés d'épithélium et de matière sébacée, et la calvitie est incurable.

Sur les doigts et sur les mains, de même qu'au sommet du nez et au lobule de l'oreille, la maladie se manifeste par des

pustules hypérémiées ressemblant aux engelures, et quelquefois, lorsqu'elles se montrent dans l'hiver, ce sont réellement des engelures. Mais, quoiqu'elles se rencontrent plus souvent dans la saison froide, elles peuvent aussi se montrer dans les saisons plus chaudes de l'année. Comparées aux engelures, elles suivent une marche plus lente dans leurs changements pathologiques, sont moins influencées par la température, et moins douloureuses ; elles ne tendent pas à la gangrène ni à l'ulcération, mais à la résorption interstitielle et à l'atrophie. Lorsqu'elles prennent le caractère de l'engelure, elles sont de forme circulaire, un peu proéminentes, et d'une couleur cramoisie, pourpre ou livide ; ensuite elles sont déprimées à leur centre, ou en forme de ventouses, et en même temps l'épiderme devient épais, corné et opaque; enfin, dans une dernière période, la peau affectée subit le même changement atrophique que nous avons déjà décrit pour la face et la tête. On doit observer cependant qu'il y a sur les doigts des follicules pileux et des glandes sébacées en moins grand nombre et de plus petites dimensions, que les pores ne sont pas dilatés, et qu'il n'y a pas de concrétion sébacée.

Cette affection étant due au manque du pouvoir nutritif, et conséquemment au manque du pouvoir vital, son développement à la périphérie et aux extrémités du corps est une circonstance qu'on pouvait prédire. De là vient que l'affection se rencontre au nez, aux oreilles, au cuir chevelu, et aussi aux doigts et aux orteils. Pour les joues, l'irritabilité peut se présenter comme cause additionnelle. Nous rencontrons cette maladie chez les individus de faible constitution, chez les femmes plutôt que chez les hommes, et spécialement chez les personnes qui se plaignent habituellement du froid aux mains et aux pieds. Les périodes de la maladie sont partout les mêmes : d'abord la période d'hypérémie ou progressive, puis la période épithéliale et de séborrhée (*stearrhœal*) ou stationnaire, enfin la période atrophique ou régressive. Le degré de

proéminence d'incrustation et même d'atrophie qu'on rencontre dans cette affection sont dus en général à sa situation; le gonflement est plus considérable aux doigts, de même que l'incrustation au dos du nez et à la face, et l'atrophie aux oreilles et au cuir chevelu. La raison en est évidente : dans le premier de ces points, le tissu cellulaire est plus abondant et plus lâche; dans les seconds, les glandes sébacées sont plus actives; dans les derniers, la circulation est assez faible.

Si nous consultons les statistiques, nous trouvons, chose qu'on pouvait déduire des remarques précédentes, que le lupus érythémateux est plus commun chez la constitution délicate de la femme que chez l'organisme plus grossier de l'homme; le rapport de la fréquence est de 41 pour 15. L'âge où l'affection débute est compris entre 12 et 48 ans; mais dans un cas la maladie n'a fait sa première apparition qu'à 71 ans. La période de début la plus commune est entre 20 et 30 ans, où nous trouvons 22 cas; puis entre 30 et 40, où nous en possédons 10; ainsi, nous avons 35 cas entre 20 et 40 ans. Des 21 cas qui nous restent, 10 ont commencé entre 10 et 20 ans, 10 entre 40 et 50; le dernier est ce cas exceptionnel où la maladie n'a commencé à se développer qu'à 71 ans.

La nature chronique et la longue durée de l'affection sont attestées par le fait que dans 1 cas la maladie a existé pendant 45 ans; dans 6 cas, elle a duré de 10 à 13 ans; dans 17, de 5 à 10; dans 24, de 1 à 5; il n'y a que les 6 derniers cas dont le début remontait à moins d'un an lorsqu'on leur appliqua un traitement.

Le caractère périphérique de l'affection est prouvé par les parties du corps qui sont principalement affectées, telles, par exemple, que le nez, les lèvres, les paupières, les joues, le cuir chevelu, les doigts et les orteils. Dans 21 cas, ces parties étaient affectées séparément, et, dans tous les autres, deux ou plusieurs de ces régions étaient atteintes en même temps. La

maladie siégeait 8 fois sur le nez, 6 fois sur les joues, dont 3 fois à la région des favoris, 2 fois sur les paupières, 2 fois sur le cuir chevelu, 2 fois sur les doigts, 1 fois à la lèvre supérieure. Voici les combinaisons des cas de lupus multiples : nez et paupières, 4 fois; nez et joue, 3 fois; nez et doigts, 3 fois; nez, joue et paupières, 2 fois; nez, joue et front, 2 fois; nez, joue et cuir chevelu, 2 fois; nez, joue et doigts, 2 fois; nez et cuir chevelu, 2 fois; enfin nous avons rencontré une fois les combinaisons suivantes : nez, joues et oreilles — nez, joues, lèvres et front — nez, lèvre et cuir chevelu — nez et menton — nez et oreilles — nez, oreilles et doigts — nez, oreilles, cuir chevelu et orteils — nez et front — joue et tempe — joue et oreilles — joue, oreilles et doigts — joue, oreilles, cuir chevelu et doigts — joue et cuir chevelu — paupières, cou et doigts — enfin, lèvre supérieure, paupières, cuir chevelu et cou.

On voit donc, d'après ces détails, que dans 56 cas la maladie a attaqué 36 fois le nez, 24 fois la joue, 12 fois les doigts ou les orteils, 11 fois le cuir chevelu, 10 fois les paupières, 7 fois les oreilles et 4 fois la lèvre supérieure.

Les symptômes subjectifs du lupus érythémateux sont très-insignifiants, et quelquefois assez légers pour attirer à peine l'attention du malade; ce sont le plus souvent des sensations de démangeaison, de titillation, de fourmillement, de piqûre, de chaleur et quelquefois de brûlure; aux oreilles et aux doigts, il y a souvent une chaleur pulsatile. Il est rare que nous soyons obligés de combattre ces sensations, et l'intensité de la douleur que nous avons rencontrée dans un de nos cas est très-extraordinaire.

La cause du lupus érythémateux, comme de toute la famille des affections dystrophiques, est une *faiblesse constitutionnelle de nutrition*, qui est quelquefois *congénitale*, et quelquefois *acquise* ou accidentelle. Elle est congénitale chez les personnes qui appartiennent à une famille phthisique, stru-

meuse ou faible, et chez celles dont le pouvoir de nutrition est faible de naissance, mais sans prédisposition héréditaire. Elle est acquise ou accidentelle chez ceux qu'ont épuisés un processus physiologique ou pathologique qui rompt l'équilibre normal ; comme dans le manque de nourriture, la croissance trop rapide, l'âge avancé, les fatigues d'esprit, l'accouchement, ou bien encore les désordres dans l'assimilation, la syphilis, et les autres formes de maladies constitutionnelles. Dans les cas que nous avons observés, 6 fois la maladie se rattachait à une origine phthisique, 4 fois elle accompagnait la scrofule, deux fois elle coïncidait avec une autre affection dystrophique congénitale de la peau, la nérodermie ou ichthyose épidermique ; trois fois, on pouvait la rapporter à une débilité nerveuse congénitale. Parmi les causes qui prédisposent à une faiblesse de constitution acquise, nous trouvons : le climat étranger, le manque ou la mauvaise qualité de la nourriture, l'accroissement rapide, la vieillesse, les soucis, l'accouchement, les désordres dans la nutrition, la syphilis, le rhumatisme, le choléra et l'érysipèle. Comme exemples de la coïncidence du lupus érythémateux avec d'autres affections dystrophiques de la peau, nous le trouvons dans deux cas accompagné de xérodermie, et l'un de ces malades avait eu un eczéma de la tête dans son enfance ; dans deux autres cas, il coïncidait avec l'herpès tonsurant, et une fois avec chacune des affections suivantes : le *lupus non exedens*, la lèpre des Grecs, le *pityriasis capitis*, et le *pityriasis versicolor*. Des causes excitantes la plus commune est le froid, puis la chaleur. Dans un cas, la maladie semble avoir été provoquée par un érysipèle, et dans un autre cas par une égratignure de ronce.

Non moins importante pour l'étude de cette maladie est la question du pronostic. Le lupus érythémateux est-il curable ? A cette question, notre expérience nous permet de répondre par l'affirmative ; c'est une affection chronique, lente, indubitablement ; à cause de sa nature même il en doit être ainsi, parce

qu'elle prend son origine dans un manque de force vitale : mais elle est capable de guérir spontanément, et nous basons sur ce fait l'espoir que nous avons d'arriver à la guérison. Il est vrai qu'il y a des cas tout à fait désespérés, par suite de l'impuissance où l'on est de restaurer le pouvoir de nutrition ; mais, dans tous, nous avons quelque raison d'espérer pouvoir combattre et vaincre la faiblesse dont dépend la maladie, lorsqu'on connaît sa cause, et qu'on emploie les moyens rationnels. D'un autre côté, quel que soit le degré de désagrément que procure le lupus, il ne menace pas la vie ; et pourtant il rend nécessaire une intervention médicale et l'application de certains moyens ayant pour but l'amélioration de la santé générale. En peu de mots, le lupus érythémateux est en général curable ; mais difficilement, et non sans effort et sans une connaissance approfondie de la part du médecin des points faibles de l'ennemi. Le traitement peut ennuyer le malade et le médecin ; mais ils doivent tous deux apprendre à porter leur fardeau, et faire encore un effort.

Comme tout traitement doit être fondé sur une compréhension rationnelle de sa cause, positive ou présumée, nous devons prendre l'idée exprimée par ces mots : « faiblesse nutritive constitutionnelle » comme la base de notre traitement du lupus érythémateux ; c'est à ce but que nous devons adapter nos remèdes, internes ou externes, hygiéniques, nutritifs ou toniques. Nos malades doivent avoir un bon air, des moyens d'exercice convenables, un climat en rapport avec leur constitution, des occupations et une société intéressantes et agréables, des vêtements suffisants et un régime généreux et nourrissant. Pour arriver à ce but, nous pouvons avoir recours aux médicaments nutritifs, tels que l'huile de foie de morue, simple ou phosphorée, et l'arsenic à doses rationnelles, seul ou associé au fer. En outre, le soufre, comme stimulant cutané, peut être utile dans quelques cas, spécialement les eaux minérales sulfureuses, telles que celles d'Harrogate et

d'Aix-la-Chapelle. De plus, les causes prédisposantes nous suggéreront d'autres remèdes, pour la régularité des sécrétions, la stimulation de l'appétit, la reconstitution du sang et le raffermissement des nerfs. En effet, tout ce qui contribue au perfectionnement de la santé générale fortifiera le pouvoir nutritif, et tout ce qui tend à tonifier le pouvoir nutritif amènera une nutrition normale de la peau, et par conséquent la guérison. Nos toniques favoris sont le citrate de fer et de quinine, l'acide hydrochlorhydrique, avec teinture d'écorce d'oranges, de columbo, de gentiane et la solution de strychnine, l'acide sulfurique avec le quinquina, ou l'acide phosphorique avec une teinture amère, ou avec le chlorhydrate de fer.

Les moyens locaux les plus aptes à rendre la force et la santé à la peau sont le bain froid, les ablutions et frictions avec le savon au goudron, le savon carbonique, ou même le savon sulfureux; puis vient l'application rationnelle des remèdes stimulants; quelquefois nous avons réussi à faire disparaître une tache de lupus érythémateux en la badigeonnant avec une liqueur plombique; mais nos remèdes favoris sont l'acide carbonique, le nitrate acide de mercure liquide, et une solution à parties égales de potasse et d'eau. Nous avons aussi employé, mais avec moins de succès, la teinture d'iode et la glycérine iodée. Nous avons quelquefois obtenu de bons résultats avec la pommade à l'iodure de soufre, et quelquefois avec la pommade au nitrate d'argent; mais, d'une manière générale, ce qui réussit le mieux c'est une forte stimulation à l'aide d'une application liquide, répétée après chaque desquamation de la croûte ou de l'épiderme. Un de nos malades, qui avait été traité par Hebra, fut traité par nous avec l'acide acétique concentré; le remède réussit pendant un certain temps, mais son efficacité ne fut pas permanente. (*Journal of Cutaneous medicine and Diseases of the Skin*, numéro de janvier 1869. Traduit et résumé par H. Coutagne, interne de l'Antiquaille.)

Traitement abortif de l'érysipèle.

La *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 2 de 1869, a publié une leçon clinique de M. le professeur Schutzenberger, dans laquelle il propose un nouvel agent abortif de l'érysipèle qui a été employé avec succès par M. le professeur Lucke, de Berne. M. Schutzenberger se sert d'un mélange composé d'une partie d'essence et d'une partie d'huile, et il y a eu recours dans l'érysipèle traumatique ainsi que dans l'érysipèle dit spontané; on recouvre toute la surface malade en la dépassant un peu. L'effet le plus remarquable qu'on ait noté avec une disparition plus rapide de la maladie est la diminution de la température; c'est là un phénomène constant, et qui a été observé dans tous les cas.

Pansement du chancre primitif par la poudre de camphre,
par M. Champollion, médecin-major de 1re classe.

D'après l'auteur, le camphre en poudre est le topique qui, depuis onze ans, lui a donné les meilleurs résultats dans le pansement du chancre primitif, qu'il soit mou ou induré, phagédénique ou non. Ses contre-indications tiennent bien plutôt au siége de l'ulcère qu'à son espèce. Sous son influence, l'aspect du chancre, qu'il soit phagédénique ou non, se modifie rapidement.

Le pansement au camphre aurait aussi pour résultat de rendre les bubons plus rares. (*Abeille médicale*, n° 13, mars 1869.)

M. Diday nous a communiqué l'observation, entièrement confirmative, d'un officier qui portait depuis cinq mois une chancrelle phagédénique. Après avoir inutilement essayé de tous les moyens locaux et généraux, même de l'opium à haute dose, et comme il n'entrevoyait plus d'espoir de guérison que dans la cautérisation par le fer rouge, il fut guéri dans l'espace d'un mois, au moyen de l'application réitérée, trois fois par jour, de poudre de camphre.

Périostite syphilitique aiguë survenant chez un sujet atteint de disposition épileptique; retour des accès; traitement heureux avec des doses élevées d'iodure de potassium, par le docteur Ch. John Smith.

M. S..., femme mariée, âgée de vingt-huit ans, vient réclamer nos soins le 19 octobre pour une périostite aiguë. Son histoire se compose uniquement d'accidents syphilitiques; elle a eu « des chancres et des bubons » un mois après son mariage. Des symptômes secondaires sont survenus environ deux mois après; elle a eu des « éruptions de taches brunes », et des ulcérations au gosier; ses cheveux tombaient; elle a éprouvé des douleurs dans les membres, et deux attaques d'iritis.

Elle dit qu'il y a six mois le bras droit devint douloureux, et commença à enfler; trois mois plus tard, une tuméfaction, accompagnée de souffrances, se manifesta sur la clavicule droite. Quelque temps après, elle alla consulter un pharmacien qui lui donna quelques pilules sous l'influence desquelles son état s'aggrava rapidement; le gosier, la bouche, les gencives devinrent le siége de plaies affreuses; et c'est dans cet état qu'elle se présenta au dispensaire de Farringdon. Le docteur Smith constata une salivation des plus abondantes, et une fétidité extrême de l'haleine; le bras était très-chaud, très-sensible et fortement tuméfié ; en réalité, on avait affaire à une périostite aiguë, s'étendant depuis le tiers inférieur de l'humérus jusqu'à la moitié du cubitus. A l'extrémité sternale de la clavicule existait un nodus du volume de la moitié d'une petite orange, dur, chaud, et très-sensible. Elle dit qu'elle n'avait eu aucun repos pendant les nuits, par suite de la nature atroce des douleurs qu'elle éprouvait. On prescrivit des gargarismes avec le chlorate de potasse, 50 centigrammes de poudre de Dower en se couchant et de l'iodure de potassium. Les résultats de ce traitement furent très-sensibles. Elle eut immédiatement une bonne nuit, la salivation diminua promptement, le bras et la clavicule s'améliorèrent rapidement, la douleur cessa presque complète-

ment dans l'espace de quelques jours, et dans dix jours environ, toute trace de périostite avait complétement disparu. C'est à peine si l'on pouvait reconnaître un peu d'épaississement sur le bras, et en même temps le nodus claviculaire n'occasionnait plus de douleur et avait diminué d'une moitié environ de son volume.

Le 16 novembre, elle déclara qu'elle se trouvait tout à fait bien. Le traitement fut néanmoins continué pendant quelque temps encore. Au début, elle prenait 30 centigrammes d'iodure, mais au bout d'un ou deux jours, la dose était portée à 75 centigrammes trois fois par jour.

Après avoir suivi ce traitement pendant quelque temps, elle se plaignit d'avoir éprouvé quelque chose comme le *petit mal;* et l'on constata, en l'interrogeant que, douze ans auparavant, elle avait eu de très-violents accès d'un véritable caractère épileptique, mais dès que la menstruation se fut convenablement établie, les accès avaient cessé. Elle n'avait pas eu de rechute jusqu'au mois de juin dernier, quand, toujours précédés une demi-heure d'avance par des vertiges, les accès avaient reparu, et elle en avait eu deux ou trois fois par semaine jusqu'au moment où elle vint suivre le traitement du dispensaire. Depuis cette époque, elle n'a pas eu d'accès.

Ce fait, dit M. Smith, présente plusieurs particularités intéressantes. En premier lieu, au début, c'était sans aucun doute un cas ordinaire de périostite chronique, la forme de beaucoup la plus fréquente qui s'observe depuis quelques années. En second lieu, il est évident que l'influence funeste du mercure, a, selon lui, déterminé la gravité de l'attaque et fut le point de départ de l'inflammation aiguë; ensuite, en présence de la disposition épileptique, l'emploi de ce médicament provoqua un retour de l'épilepsie, après un intervalle de douze ans; coïncidence qui fournit un remarquable exemple de l'effet admirable et ainsi que de l'action rapide de l'iodure de potassium dont l'importance dans le traitement de la syphilis doit bientôt, pense-t-il,

être généralement acceptée à l'exclusion complète du mercure. On voit certainement par là qu'il est essentiel d'administrer cet agent à dose élevée, il ne paraît y avoir aucun motif d'hésiter dans la crainte d'affaiblir le malade; l'action dépressive de l'iodure de potassium a été très-exagérée. On peut dire avec assurance qu'à tous les degrés, la tolérance des doses élevées est identique avec celle des petites; et M. Smith ne se souvient d'aucun cas dans lequel il ait été nuisible, du moins lorsque la nécessité de son emploi était évidente. (*The Lancet*, numéro du 5 décembre 1868, p. 728.)

Si le mercure a réellement été cause du retour de l'épilepsie, cela peut s'expliquer par deux influences, l'une et l'autre propres à ce médicament, et ayant agi toutes deux simultanément chez le sujet de l'observation ci-dessus.

En effet, et d'abord, la mercurialisation, surtout portée au point qu'accuse le développement d'ulcérations buccales, est un agent réel de débilitation organique, de déglobulinisation.

D'autre part, comme le mercure ne guérit pas ou ne guérit que très-lentement la périostite, il laisse persister les douleurs qui en sont la conséquence, ainsi que la privation de sommeil, résultant de ces douleurs.

Tirer la conclusion : groupez ensemble un état anémique et un éréthisme nerveux produit des douleurs et de l'insomnie; et dites si, sans attribuer le réveil de l'épilepsie à quelque action directe, spéciale du mercure, on n'est pas fondé à voir dans ce réveil qu'une résultante naturelle de l'intoxication ainsi que de l'impuissance mercurielle.

Observation de maladie syphilitique du système nerveux, par le docteur Ramskill.

Nous avons observé avec beaucoup d'intérêt les résultats remarquables survenus chez un homme âgé de quarante ans,

qui était entré en janvier 1868 à l'hôpital national pour les paralytiques et les épileptiques. Il s'agit d'un garçon de cabaret à figure blême et à l'air malsain. Sa démarche était faible et trébuchante. Il y avait un strabisme externe de l'œil gauche, ptosis de la paupière et contractions de temps à autre des muscles de la face du même côté. Pendant les derniers huit mois, il y a eu quatre attaques. La première au lit le matin de bonne heure ; il perdit connaissance, eut des convulsions très-fortes, mordit sa langue ; l'attaque se prolongea pendant quinze à vingt minutes. Les deux accès suivants eurent le même caractère ; ils arrivèrent huit jours après le premier. Le quatrième s'est produit huit jours après Noël. Il y a quatre mois, son œil gauche s'est dévié graduellement en dehors, et il a eu de la diplopie. Il y a quatorze jours qu'il se plaint d'une violente douleur sur le sommet de la tête, et resta sans sommeil pendant trois nuits. Son œil s'est fermé. Sa femme dit qu'il est devenu très-hébété, il a perdu la mémoire, et son état s'est de plus en plus aggravé, de sorte que maintenant il est presque complétement imbécile, étant même dans la nécessité de se faire habiller. Surdité du côté gauche, la vue du même côté est très-imparfaite, la pupille est dilatée et peu contractile. Il peut siffloter et fermer les deux yeux également, bien qu'il y ait ptosis de la paupière gauche. Son appétit est presque nul et il met beaucoup de temps à manger ses aliments, qui sont retenus pendant un certain temps dans sa bouche avant qu'il ne les avale. Le bras gauche est amaigri jusqu'au coude et douloureux.

Pendant un ou deux mois après sa première visite à l'hôpital, il était impossible d'obtenir des renseignements précis sur l'infection syphilitique que l'on soupçonnait fortement, car ses idées étaient tellement incohérentes, qu'on ne pouvait compter sur l'exactitude des renseignements souvent contradictoires. Toutefois, le traitement a été immédiatement dirigé dans ce sens. 50 centigrammes d'iodure de potassium ont été administrés trois fois chaque jour pendant quinze jours;

durant la seconde quinzaine on porta la dose à 60 et 15 centigrammes, et l'on appliqua un vésicatoire derrière le cou. Le 3 mars, sa femme déclara qu'il divaguait tous les jours, croyant qu'il était encore garçon. On donna ce jour-là 1 gramme 77 de la solution de bichlorure de mercure dans une infusion de rhubarbe deux fois chaque jour, et on cessa l'iodure. Ce traitement fut continué jusqu'au 23 juin.

Vers le commencement d'avril, il a commencé à aller beaucoup mieux, surtout du côté des facultés intellectuelles. On apprit alors de lui qu'il avait eu des bubons à l'âge de vingt-trois ans. Il nie avoir jamais eu de chancre. Il a eu des rhumatismes très-douloureux dans les bras et dans les jambes, et dont il souffrait principalement la nuit. Au mois de juin, il a éprouvé pour la première fois depuis le mois de décembre deux accès. Le 23 juin, on est revenu à l'iodure de potassium qu'on a donné à la dose de 50 centigrammes, trois fois chaque jour, et on l'a continué régulièrement. On a noté que, en août, il ne divaguait plus, quoiqu'il éprouvât encore des maux de tête. Au mois d'octobre, le strabisme et le ptosis ont complétement cessé.

Quand nous l'avons revu, il y a quelques jours, il est entré dans la salle d'un pas assez ferme, et le visage rayonnant et même animé. On ne constatait aucun signe de paralysie, et son état mental, tout à fait amélioré, différait considérablement de celui où nous l'avions trouvé lors de notre première visite.

Ce cas est très-intéressant en ce qu'il montre la valeur du traitement spécifique et rappelle cette leçon, trop souvent méconnue, qu'une patience plus grande que d'habitude est nécessaire dans le traitement des affections syphilitiques du système nerveux, l'amélioration ne se prononçant souvent que tardivement. Le malade vient régulièrement à l'hôpital depuis quatorze mois et avec des résultats favorables s'accentuant chaque jour davantage. (*The Lancet*, n° 11, 13 mars 1869.)

Ces deux observations, que nous réunissons ici, sont intéressantes à divers titres. La première l'est particulièrement au point de vue anatomo-pathologique. Il est en effet très-regrettable que ce malade n'ait pas été soumis pendant sa vie à l'observation d'un homme de l'art qui aurait pu par une médication appropriée, combattre des accidents qui sont devenus promptement mortels, médication dont les résultats auraient été la confirmation du diagnostic porté, diagnostic qui, malgré les réserves qui nous avons formulées plus haut, était bien suffisant pour autoriser à instituer un traitement spécifique.

Le second fait est plus intéressant. Il vient s'ajouter à tous ceux qui ont déjà été publiés sur les affections syphilitiques du système nerveux. On peut à cet égard consulter les ouvrages de M. Gros et Lancereaux, Zambaco, etc..., qui ont publié des travaux très-importants sur cette question.

J'ai publié dans les *Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon* (tome VI, 1866-1867), une observation d'aphasie syphilitique dans laquelle le rôle pathogénique de la syphilis est également certain. Dans le cas que nous avons relaté, il se produisit des troubles nerveux très-marqués, notamment de l'aphasie, et nous crûmes pouvoir rattacher les symptômes observés à un dépôt syphilitique ayant son siége sur la dure-mère. Chez le malade du docteur Ramskill, nous serions également disposés à admettre la même hypothèse pour les raisons que nous avons déjà données à propos de notre communication, c'est-à-dire que les encéphalopathies syphilitiques partielles sont rares, et que celles observées jusqu'à ce jour ont le plus souvent revêtu la forme hémiplégique. La rapidité de la guérison vient aussi à l'appui de cette manière de voir, car, en général, les altérations non spécifiques de la pulpe cérébrale sont plus lentes à se modifier.

— En tête du numéro de mars du *Marseille médical* se trouve un article signé par la rédaction et dont le titre seul sollicite toute notre attention : *Suppression des services de vénériens dans les hôpitaux* (nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'il n'est question ici que des hôpitaux de Marseille).

Le motif de cette grave décision est que l'administration des hôpitaux de Marseille ne se trouve pas en mesure de couvrir les dépenses que nécessite le nombre des malades,

En 1868, l'administration a dû solder l'excédant de ses dépenses par la vente d'une certaine somme de titres de rentes, par l'aliénation partielle de son capital. Devait-elle continuer de semblables errements, ou diminuer le nombre des malades ? Telle est la question qui se présentait ; c'est au dernier parti qu'elle s'est arrêtée.

Nous comprenons très-bien que, au point de vue administratif, il était difficile d'agir autrement; c'était, comme le dit si bien l'article que nous analysons, ouvrir un abîme plus profond et compromettre, au profit du présent, l'avenir des hôpitaux.

Nous n'avons pas, quant à nous, à examiner comment et pourquoi l'administration hospitalière marseillaise en est réduite à cette dure extrémité, si des dépenses exagérées ont été faites, etc.., si la ville a tort ou raison en refusant une allocation plus considérable, si même ses finances le lui permettraient. Dans le cas même où il nous serait permis de discuter toutes ces questions, les éléments nous feraient complétement défaut, et telle, d'ailleurs, n'est pas notre intention.

Nous désirons seulement appeler toute l'attention de l'administration hospitalière et municipale sur la grave et fâcheuse situation que va créer cette lacune, sur les immenses et désastreux inconvénients qu'un tel état de choses pourrait avoir, s'il se prolongeait, au point de vue de la santé publique. Nous ne savons si les moralistes peuvent encore aujourd'hui se montrer impitoyables pour les vénériens et s'ils réservent toutes leurs sympathies pour les victimes des passions du jeu, de la spéculation, etc..., qui, durant le cours de ces dernières années, ont conduit tant d'infortunés dans les maisons d'aliénés. Notre pitié, à nous médecins, est égale pour tous, et notre main doit être ouverte aux uns comme aux autres. Mais cette question a un autre côté à étudier, côté bien plus digne encore de toute notre attention ; n'est-ce pas aux vénériens que l'accès des hôpitaux devrait être le plus largement ouvert? Est-il nécessaire, aujourd'hui surtout, d'insister notamment sur les dangers que présentent pour la santé publique la fermeture des salles de vénériens de Marseille, dans une ville où affluent chaque jour tant d'étrangers, tant de marins, qui vont ensuite porter sur tous les points du globe une contamination dont ce port, le plus important de la Méditerranée, deviendrait bientôt le foyer le plus actif. Et cette mesure serait maintenue au moment où de toutes parts de généreux esprits, des travailleurs éclairés, se réunissent pour organiser des services de santé, pour arriver sinon à l'extinction des maladies vénériennes et syphilitiques, du moins à en diminuer considérablement le nombre et élever le plus de barrières possible à leur propagation ! Et cela, au lendemain du jour où le congrès international de 1867 avait inscrit en tête de ses études : *Extinction des maladies vénériennes et syphilitiques !*

Nous joignons notre humble voix à celle de nos confrères marseillais

pour demander instamment la réouverture des salles de vénériens, bien persuadé d'ailleurs qu'il aura suffi de signaler le danger pour qu'on y apporte immédiatement un remède efficace.

En attendant, et si cette mesure devait être maintenue, nous recommanderions de toutes nos forces, comme correctif, l'ouverture immédiate d'un dispensaire public avec fourniture gratuite de médicaments, patronné par l'administration municipale et confié à l'une des notabilités spéciales les plus populaires de la ville.

— La fondation du Musée dermatologique de l'hôpital Saint-Louis vient d'être imitée en Angleterre de la manière la plus brillante et avec une générosité dont nos confrères de l'hôpital Saint-Louis seraient sans doute très-heureux de pouvoir profiter. Quoi qu'il en soit, nous félicitons bien vivement notre éminent confrère, M. le docteur Erasmus Wilson, de son acte de munificence. Le célèbre dermatologiste anglais vient d'offrir au collége royal des chirurgiens, une somme de 125 000 francs pour la fondation d'une chaire dans ce musée; il a, en outre, donné un grand nombre de modèles et de photographies des maladies de la peau.

Nous ne saurions trop louer une pareille manière de cultiver la science: c'est du libéralisme, et du meilleur, qu'une telle libéralité!

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

PROPHYLAXIE INTERNATIONALE DES MALADIES VÉNÉRIENNES

PAR CROCQ (DE BRUXELLES) ET ROLLET (DE LYON).

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION NOMMÉE PAR LE CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE PARIS DE 1867 (1).

Messieurs,

Le rapport que nous avons l'honneur de vous soumettre est relatif à la question III du programme du Congrès médical international : « Est-il possible de proposer aux divers gou-» vernements quelques mesures efficaces pour restreindre la » propagation des maladies vénériennes ? »

Conçue en termes précis, et intéressant également l'hygiène

(1). COMMISSION DU CONGRÈS. — *Membres étrangers* : MM. de Méric (de Londres), Hébra (de Vienne), Seitz (de Munich), Crocq (de Bruxelles), Seco-Baldor (de Madrid), Galligo (de Florence), Palasciano (de Naples), Owre (de Christiania), Barbosa (de Lisbonne), Frerichs (de Berlin), Hübbenet (de Kiew), Fordyce-Barker (de New-York). Wilson-Jewell (de Philadelphie), Upham (de Boston), Hingston (de Montréal), Mac-Ilvaine (de Cincinnati).

Membres français : MM. Béhier, Bouillaud, Dechambre, Gosselin, Jaccoud, Jeannel, Mougeot, Ricord, Rollet, Tardieu, Verneuil.

de tous les pays, cette question était un appel fait aux médecins les plus compétents en ces matières spéciales, tant en France qu'à l'étranger. Partout on sentait le besoin de réprimer énergiquement la contagion syphilitique, les mesures de prophylaxie étaient à l'étude, et cet appel devait, selon toutes les prévisions, susciter et mettre au jour un grand nombre de recherches comparatives et de documents locaux. Le Congrès s'y attendait, et vous savez que son attente n'a pas été trompée. Mais les heures lui étaient comptées, et dans les deux seules séances assignées d'avance à la question, ces travaux ont dû n'être exposés que très-brièvement par leurs auteurs. Le temps a d'ailleurs manqué pour soumettre ces diverses communications à un examen approfondi et à une discussion sérieuse, seul moyen d'en dégager les idées essentielles et les propositions pratiques. Il restait aussi, après s'être entendu sur les mesures les plus propres à empêcher la propagation des maladies vénériennes, à faire adopter ces mesures par les divers gouvernements.

Toutefois, un de nos collègues les plus autorisés (M. Béhier) avait fait une proposition préalable pleine d'à-propos et de prévoyance. Afin de ne pas laisser stérile le résultat des délibérations du Congrès sur un objet aussi important et qui est au plus haut point une affaire d'intérêt public, il avait demandé et obtenu par un vote unanime que l'assemblée nommât une Commission prise dans son sein, munie de ses pleins pouvoirs, chargée de continuer son œuvre et de la poursuivre jusqu'au bout.

Cette commission, Messieurs, c'est vous, c'est-à-dire une réunion composée de délégués français et étrangers choisis par le Congrès, de manière à représenter autant que possible la médecine, et par conséquent les intérêts hygiéniques de tous les pays. Le mandat de cette commission était difficile sans doute, mais bien déterminé, et vous avez su en apprécier, dès votre première séance, toute l'étendue. Vous avez

compris que vous n'étiez rien moins en réalité que le Congrès de 1867 se survivant en quelque sorte à lui-même, reprenant la question III restée pendante et lui donnant la solution qu'elle comporte et qui résulte des travaux produits devant lui, conservés dans ses archives ou publiés dans ses actes (1).

C'est à ce point de vue que se sont placés vos deux rapporteurs; ils appartiennent l'un et l'autre, vous le savez, à des nationalités rapprochées, liées par la plus étroite sympathie, mais différentes, et c'est avec l'intention de conserver au Congrès jusqu'à la fin son caractère international que vous les avez désignés. Ils vous apportent aujourd'hui le tribut de leur expérience et les motifs de leur détermination au sujet des institutions sanitaires qu'ils vous proposent de recommander au pouvoir.

Sur plus d'un point, leurs opinions individuelles ont dû se concilier et se fondre en une pensée commune qui représentât aussi fidèlement que possible la pensée même du Congrès. L'adoption de toute grande mesure d'hygiène internationale est à ce prix; car, dans ces questions, c'est l'entente des médecins qui prépare et peut seule décider celle des gouvernements.

Ce n'est pas, Messieurs, que nous ayons à faire prévaloir devant vous des moyens de prophylaxie bien radicaux, ni tout à fait nouveaux. Les maladies vénériennes ne comportent rien de semblable. Infiltrées, comme elles le sont, depuis des siècles, au sein des populations; trouvant, dans la promiscuité qui résulte des grandes agglomérations modernes et de l'effectif toujours croissant des armées permanentes, le milieu le plus favorable à leur développement; propagées partout avec un surcroît d'activité qui s'explique par la multiplicité des échanges et la rapidité des communications, ces maladies font de nos jours des progrès auxquels il faut d'abord songer à s'opposer. Avec les moyens dont nous disposons, ce premier résultat peut déjà être obtenu sûrement.

(1) Voy. *Congrès médical international de Paris*, 1 vol. gr. in-8, 1868, p. 303 et suiv.

On pourra, par la suite, faire encore davantage, car une fois en voie de décroissance, ces affections tendront à disparaître peu à peu et à s'éteindre entièrement.

L'extinction des maladies vénériennes n'est heureusement pas une utopie ; il y a longtemps que ces maladies n'ont plus de foyer de production proprement dit. Elles ont ceci de remarquable et de consolant, qu'elles ne font que se propager d'un individu à un autre, et qu'une fois arrêtées dans leur propagation, on n'aura pas à craindre qu'elles éclatent de nouveau, spontanément et à l'improviste, comme tant d'autres maladies contagieuses.

S'il n'y a pas d'illusion à se faire, il y a encore moins de découragement à concevoir, et avant tout il faut bien se pénétrer de cette vérité, que la prophylaxie des maladies vénériennes dépend moins de l'adoption de mesures nouvelles que de l'application intelligente et de la généralisation de celles qui sont déjà en vigueur dans certains pays.

En tête de ces mesures, nous n'hésitons pas à placer d'un commun accord la visite sanitaire des prostituées.

Visite sanitaire des prostituées.

Le Congrès s'est généralement montré favorable à cette mesure. Il a su en apprécier tous les avantages, bien qu'on ait cherché à en exagérer devant lui les inconvénients.

Il n'est douteux pour personne que la prostitution ne soit le principal foyer et le grand centre de propagation des maladies vénériennes. Ces maladies ne sont après tout que de simples affections contagieuses dont le mode habituel de transmission a seul déterminé le groupement. On les appelle vénériennes, parce qu'elles se communiquent toutes avec une grande activité dans les rapports sexuels. Quelque opinion que l'on professe sur la nature de ces maladies, on est d'accord sur ce point, qu'on ne peut pas les étudier dans leur succession,

et suivre longtemps leurs traces sans rencontrer presque à chaque pas la promiscuité et la débauche, c'est-à-dire la prostitution. Aussi maladies vénériennes et prostitution sont-ils deux termes qu'on a cru longtemps liés indissolublement, et c'est seulement au commencement de ce siècle qu'on a songé à les séparer. Pour simplifier le problème de la prophylaxie des maladies vénériennes, on a eu l'heureuse idée de le décomposer, et dans l'impossibilité où l'on était de détruire la prostitution, on s'est efforcé au moins de l'assainir.

L'Espagne a donné l'exemple à une époque déjà reculée; mais ces premiers essais d'assainissement de la prostitution n'ont pas été poursuivis, et l'on peut dire que la visite sanitaire des prostituées, telle qu'on la pratique aujourd'hui, est d'origine française. Elle a été instituée pour la première fois, à Paris, par un arrêté du préfet de police Dubois, en date du 29 pluviôse an X. Elle n'a précédé que de quelques années le décret de classement des établissements insalubres.

Elle est née de ce courant moderne d'opinion, qui, en emportant les vieux préjugés, a mis au même rang tous les agents nuisibles à la santé publique et fait de l'hygiène une des préoccupations les mieux justifiées du pouvoir.

Cette visite n'est évidemment possible qu'à la faveur d'une réglementation quelconque de la prostitution. L'administration ne peut obliger à la visite que les prostituées qu'elle connaît et qu'elle a pour ainsi dire sous la main. Elle arrive à ce résultat au moyen de l'inscription. Mais, qu'on ne s'y trompe pas, ce n'est pas l'inscription qui fait la prostituée, elle crée seulement une différence, elle établit une simple division entre les deux espèces de prostitution : la prostitution libre ou clandestine, et la prostitution inscrite, réglementée, c'est-à-dire visitée et assainie.

Ce n'est pas ici le lieu d'examiner longuement si la société a le droit de se défendre contre les excès et les dangers de la prostitution ; ou si, au contraire, comme une voix l'a dit avec

une certaine hauteur devant le Congrès, le régime exceptionnel auquel les prostituées sont soumises est à leur égard un déni de justice. La société a pu se croire autorisée à détruire la prostitution, à l'extirper violemment de son sein, et elle aurait des scrupules aujourd'hui qu'elle la tolère et qu'elle se contente de la réglementer !

La date même de cette réglementation dont le gouvernement du Directoire s'était précédemment occupé, et l'approbation que lui ont donnée, malgré des vices de forme faciles à corriger, les pouvoirs les plus libéraux qui se sont succédé en France depuis cette époque, sont déjà des présomptions en faveur de cette mesure. D'ailleurs, la liberté de disposer de sa personne a des limites chez tous les peuples civilisés. Il y a, selon Montesquieu, des manières de jouir des plaisirs attachés à l'usage des sens et à l'union des corps qui sont une violation de la continence publique et auxquelles la société doit infliger des peines tirées de la nature des choses. Si l'inscription et la visite sanitaire sont des peines pour les prostituées, au moins ne leur refusera-t-on pas le caractère que l'auteur de l'*Esprit des lois* voulait qu'elles eussent.

Pour nous, pour des médecins, la visite sanitaire des prostituées est une mesure de salubrité publique qu'on doit juger surtout d'après ses résultats hygiéniques. Ces résultats, disons-le d'avance, sont considérables, et il ne faut pas s'étonner si la plupart des nations du continent se sont hâtées d'imiter l'exemple de la France.

Presque toutes ont fait comme elle ; elles n'ont pas mis un instant leur droit en question et elles ont résolûment porté le balai dans ces écuries d'Augias.

Des dispensaires de salubrité, analogues à celui de Paris, existent maintenant dans les principales villes de France : Lyon, Bordeaux, Marseille, Strasbourg, Brest, Nantes, Alger, etc.

Cette institution fonctionne aussi dans la plupart des capitales et des autres grandes villes de l'Europe, la Belgique, la Suisse,

la Hollande, le Danemark, la Norvége, la Prusse, l'Italie, le Portugal, l'Espagne l'ont adoptée.

Certes, la prophylaxie des maladies vénériennes a grandement bénéficié du terrain gagné par la visite sanitaire dans tous ces États; mais il reste une importante lacune que tous les efforts du Congrès doivent tendre à combler.

L'Angleterre n'a pas encore complétement adhéré à cette ligue du bien public; il en est de même des colonnies britanniques, des États-Unis d'Amérique, et d'un certain nombre d'autres puissances maritimes ou continentales. Tant que la prostitution ne sera pas réglementée chez ces nations, la prophylaxie des maladies vénériennes péchera par la base, car elle n'aura pas le caractère international qui peut seul la rendre efficace.

Rôle prédominant de l'Angleterre dans la question de la prophylaxie internationale des maladies vénériennes.

Nous ne nous arrêterons pas à faire le tableau bien connu de la prostitution anglaise, des scandales qu'elle affiche, des dangers qu'elle recèle, des crimes même qu'elle favorise.

Qu'il nous suffise de rappeler que de l'avis de tous les hygiénistes et d'après les documents officiels, notamment ceux qu'a communiqués au Congrès un de nos collègues (M. de Méric), au nom de la Société Harvéienne de Londres, il n'y a pas de pays en Europe où les maladies vénériennes fassent autant de ravages. La prostitution est libre de l'autre côté du détroit, mais à quel prix! Quel dommage cette liberté ne cause-t-elle pas à la santé des citoyens (1)!

(1) Les membres de la Société Harvéienne de Londres, préoccupés des ravages faits en Angleterre par les maladies vénériennes, décidèrent, le 21 février 1867, sur la proposition de M. Ch. Drysdale, appuyée par M. Tilbury Fox, qu'un comité serait nommé dans le but de rechercher l'étendue de la propagation des maladies vénériennes en Angleterre, de discuter les meilleurs moyens de la prévenir et de faire un rapport sur ce sujet au Congrès international de Paris. Ce comité fut composé de

On a dit avec raison qu'au point de vue des maladies vénériennes, l'armée était en quelque sorte un thermomètre, indiquant avec le degré de précision qu'il comporte l'état sanitaire du pays tout entier.

Or, pendant une période de sept ans et trois mois, avant 1851, l'armée anglaise en garnison dans le Royaume-Uni, sur un effectif total de 44 611 hommes, a donné chaque année 8032 cas d'infection vénérienne, soit une moyenne de 181 malades pour 1000 hommes d'effectif.

En 1853, à l'examen des recrues pour la milice, les sujets atteints de syptômes vénériens se sont trouvés dans la proportion de 250 pour 1000 hommes.

En 1860, l'armée britannique à l'intérieur avait pour 1000 hommes d'effectif 306 vénériens, dont le séjour dans les hôpitaux représentait une perte annuelle de service de 8,69 journées pour chaque homme d'effectif.

Pendant le cours de l'année 1862, l'effectif des navires en station sur les côtes du Royaume-Uni, qui s'élevait à 20 760 hommes, a présenté 2978 cas d'infection.

En 1862 et en 1863, l'armée anglaise avait annuellement plus de 318 vénériens pour 1000 hommes d'effectif. En 1864, elle en avait 290.

M. S. Holland, qui évalue à 50 000 le nombre des femmes se livrant à la prostitution dans le Royaume-Uni, estime que

MM. S. E. Pollock, *président;* Acton, Bazire, Beigel, Broadbent, Chapman, Weeden Cooke, Holmes Coote, Walter Coulson, Curgenoen, Ch. Drysdale, Hondie, R. W. Dunn, Tilbury Fox, Gascoyen, Ernest Hasl, Berkeley Hill, Hjaltelin, James Lane, Maudsleys, Menzies, Meredyth, de Méric, Semple, Sidgwick, Steele, Stuart, Leevan, H. Thompson, A. Vintras. A sa première réunion, le 13 mai, le comité décida que des lettres-circulaires seraient envoyées aux principaux hôpitaux de la Grande-Bretagne et de l'Irlande, dans le but de déterminer combien de cas de maladies vénériennes étaient traités par jour dans chaque hôpital; quelle était la proportion de ces cas aux cas de chirurgie; combien de lits étaient appropriés à ces maladies dans chaque hôpital. Cette idée fut mise à exécution, et nous verrons dans le courant de ce rapport combien sont précieux les résultats fournis par cette enquête.

dans le cours d'une année la syphilis y est contractée par plus de 1 652 500 individus des deux sexes.

Tandis que dans les armées britanniques, comme l'a exposé un membre du Congrès bien renseigné (M. Lagneau), par suite de l'absence presque complète de mesures prophylactiques, en 1862 et en 1863, l'armée présentait la proportion annuelle de 318 maladies vénériennes pour 1000 hommes d'effectif (proportion considérable, puisque en moins de trois ans et trois mois, le nombre de ces affections dépassait celui de l'effectif), en France, où l'on a recours aux mesures prophylactiques, l'armée présenta en 1864 moins de 113 maladies vénériennes sur le même chiffre d'effectif; et enfin en Belgique, où sont en usage des mesures prophylactiques plus uniformément appliquées, de 1858 à 1860 inclusivement, la proportion des maladies vénériennes dans l'armée est progressivement descendue de 98 à 72 sur 1000 hommes d'effectif, proportion environ quatre fois moindre que dans les Iles Britanniques (1).

S'il y a une si grande différence, sous le rapport de la fréquence des maladies vénériennes, entre la nation anglaise et ses voisines du continent, c'est surtout, qu'on le sache bien, parce qu'elle a une prostitution libre, où la visite sanitaire n'a pas suffisamment pénétré. Mais une mesure tout à la fois aussi simple et aussi éprouvée est bien faite pour frapper l'esprit pratique des Anglais, quelque difficulté qu'elle ait d'abord à entrer dans leurs mœurs.

D'ailleurs, il y va de l'avenir de la race anglo-saxonne; ce n'est pas en vain que les maladies vénériennes lui infuseraient dans le sang leur principe de dégénérescence, à doses deux, trois et quatre fois plus fortes qu'aux autres; si bien douée

(1) *Congrès médical international*, p. 439. — Voyez aussi les communications de M. Jeannel au Congrès, *loc. cit.*, p. 319, et surtout le livre plus récent et plus complet du même auteur, intitulé : *De la prostitution dans les grandes villes au XIXe siècle*. Paris, 1868, p. 148 et suiv.

qu'elle soit, cette race ne conserverait pas longtemps, à ce contact dégradant, sa vigueur native dont elle est justement fière, ni même son énergie morale. Elle a pu regarder avec indifférence les excès et les scandales de la prostitution, tant qu'ils lui ont paru n'être qu'un abus de la liberté; mais le jour où elle verra clairement que cet abus compromet de graves intérêts, qu'il lui serait pourtant aisé de sauvegarder, elle n'hésitera pas ; ou plutôt elle n'hésite déjà plus, car des mesures restrictives ont été adoptées récemment par le gouvernement.

Un acte de la reine, en date du 11 juin 1866 (*act for the better prevention of contagious diseases at certain naval and military stations*), a eu pour but de prévenir les maladies vénériennes dans l'armée et dans la marine. Cette loi n'est en vigueur que dans les villes de Portsmouth, Plymouth, Wolwich, Colchester, Sheerness, Aldershof, Windsor, Chatam, Sorncliffe, the Curragh, Cork et Queenston, qui sont toutes des stations militaires et navales. Les traits principaux du *contagious diseases act* sont que la police de ces villes a maintenant le pouvoir de mener toute femme, connue pour se livrer ouvertement à la prostitution dans ces villes, à un dispensaire pour la faire examiner, et, si elle est malade, de la forcer à entrer dans un hôpital du gouvernement et à y rester jusqu'à sa guérison.

Qu'y aurait-il donc à faire de plus pour introduire tout à fait la visite sanitaire dans le Royaume-Uni ? Il n'y aurait qu'à entrer pleinement dans la voie où le gouvernement vient de faire un premier pas, c'est-à-dire à rendre le *contagious diseases act* applicable non-seulement aux militaires et aux marins, mais encore à la partie civile de la population ; c'est le vœu exprimé devant le Congrès par la Société Harvéienne de Londres, vœu auquel ne peut manquer de s'associer la médecine du monde entier.

En effet, dans l'état présent du monde, avec les relations de

peuple à peuple chaque jour plus nombreuses, toutes les nations deviennent de plus en plus solidaires, et les contagions suivent la même progression que les échanges. Aussi, les pays qui sont encore des lieux de franchise pour les maladies vénériennes causent-ils un véritable préjudice aux autres, car ils versent sur eux plus de maux qu'ils n'en reçoivent. Le préjudice est surtout considérable quand ces pays ont, comme l'Angleterre, de vastes possessions et de nombreuses stations maritimes, des comptoirs disséminés partout, des marins, des colons, des marchands, en un mot le personnel cosmopolite presque innombrable d'un commerce qui embrasse tout le globe.

Les États-Unis d'Amérique commencent, eux aussi, à comprendre les dangers de la prostitution libre pour la santé des populations. MM. Barnes et Woodward ont signalé en 1865 les bons résultats obtenus, pour les garnisons de Nashville et de Memphis, de la réglementation de la prostitution. Nous tenons, en outre, de M. Bumstead (de New-York), qu'il existe parmi les médecins du Nouveau Monde une tendance marquée à adopter des mesures sanitaires analogues à celles d'Europe, tendance que l'opinion du Congrès international ne peut que généraliser encore davantage.

Toutefois, sans la participation active du gouvernement anglais, la prophylaxie internationale des maladies vénériennes n'est pas possible. Toutes les autres nations réunies peuvent à peine prêter un concours égal au sien pour la répression en commun de ces maladies. C'est par l'Angleterre ou par son influence que seront prises des mesures efficaces contre la contagion vénérienne dans le monde entier, comme c'est de concert avec elle seulement qu'on a pu réprimer efficacement la traite des nègres.

Réglementation générale de la prostitution.

A côté des États maritimes dont nous venons de parler, où la prostitution est libre, il faut placer ceux du continent, en

petit nombre il est vrai, chez qui elle est interdite. Car liberté et interdiction ont le même résultat final, en ce sens qu'elles rendent l'une et l'autre impossible toute prophylaxie sérieuse des maladies vénériennes. Des tentatives d'interdiction ont été faites, à des époques encore récentes, en Espagne, en Italie, en Prusse, mais elles ont été si malheureuses qu'on a dû y renoncer. On en a fait de semblables, dans ces dernières années, en Bavière, et le Congrès a pu voir, par la notice statistique que lui a communiquée le délégué du gouvernement bavarois (M. Seitz), combien il est plus sage de chercher à assainir la prostitution que d'en poursuivre, toujours inutilement, la destruction.

A Munich, les maladies vénériennes étaient très-peu répandues jusqu'en 1861; il n'y avait que quelques maisons publiques bien surveillées par la police. Mais, en 1861, la Chambre des députés de Bavière a voté une loi de police qui inflige à toutes les filles qui se rendent coupables du délit de prostitution, et à ceux qui leur prêtent domicile, des peines très-sévères, un emprisonnement d'un mois jusqu'à deux ans. Aussi, les maisons publiques se fermèrent-elles bientôt. Mais l'état moral et physique de la population est loin d'y avoir gagné. La prostitution n'a pas diminué en Bavière, seulement elle se cache. Plus secrète, elle est devenue plus nuisible. Les visites médicales des prostituées ont cessé, mais le nombre des hommes infectés entrés à l'hôpital a augmenté d'année en année. En 1866, il avait doublé.

Il ne faut donc pas s'étonner s'il y a maintenant, en Europe, une répulsion générale pour les mesures extrêmes et une tendance de plus en plus prononcée à la tolérance et à la réglementation.

Nous connaissons les règlements en vigueur dans la plupart des capitales ou villes principales du continent; ils se ressemblent par bien des côtés, mais non sans présenter aussi certaines différences. Il y a partout des imperfections, des *de-*

siderata ; toutefois, il n'y aurait qu'un médiocre intérêt à entrer à ce sujet dans les détails.

Pour ne parler que des deux pays que vos rapporteurs connaissent le mieux, de la France, où la visite sanitaire a pris naissance, et de la Belgique, où elle donne les résultats les meilleurs, voici ce qui a été signalé au Congrès comme plus particulièrement défectueux dans leur réglementatation respective de la prostitution.

En France, aucune loi ne régit la prostitution. Le gouvernement du Directoire avait songé avec raison à combler cette lacune. Un message fut envoyé au Conseil des cinq cents pour lui demander une loi qui réprimât les désordres de la prostitution, sur laquelle on croyait n'avoir plus aucune prise depuis la fin de l'ancien régime. L'année suivante (7 germinal an V), un projet fut mis en discussion devant le Conseil; mais l'Assemblée passa à l'ordre du jour, sur les observations d'un représentant, qui traita ces vues de petites et minutieuses. Il ajoutait que « ce n'était pas aux législateurs d'un grand peuple qu'on devait présenter des règlements de moines; qu'au surplus, il existait des arrêtés de police très-précis, et qu'il suffirait de les mettre à exécution. »

La chose en resta là, et, encore aujourd'hui, la prostitution rentre dans la catégorie des matières non régies par le Code. On invoque les anciens arrêtés de police, et notamment l'ordonnance de 1778. Mais cette ordonnance est absolument prohibitive et ne saurait servir de ligne de conduite à l'égard de notre prostitution tolérée. Ce n'est pas la prohibition, mais la tolérance qui est dans nos mœurs; elle est pratiquée dans toutes les villes qui ont des prostituées. Chaque ville à dû faire un règlement de police dans ce sens et adopter un *modus vivendi* provisoire vis-à-vis de la prostitution. Aussi, quand des difficultés surgissent, l'administration n'est-elle pas parfaitement sûre d'elle. Elle comprend que dans ces questions, où la liberté individuelle est en cause, on pourrait trouver qu'elle

outre-passe ses pouvoirs, et, jusqu'à un certain point, l'accuser d'arbitraire. Elle répondrait, il est vrai, que si c'est là de l'arbitraire, il faut s'en prendre au silence de la loi ; que pour elle, elle ne fait qu'exécuter ce que lui impose la responsabilité attachée tout à la fois à la nécessité de vivre avec la prostitution et au devoir de veiller néanmoins à la conservation de la décence, de la sécurité et de la salubrité publiques.

Cet état de choses entraîne de graves inconvénients, même à Paris, où pourtant le préfet de police a presque toujours une grande expérience et une autorité des mieux assises.

L'âge de l'inscription, la longueur et la gravité des punitions ont plusieurs fois varié. On prend souvent des demi-mesures, et la répression de la prostitution clandestine n'est pas toujours poursuivie avec une égale activité. C'est ainsi que, par le fait d'un relâchement momentané de la surveillance de la police, le nombre des filles insoumises arrêtées, qui dépassait 2000, en 1865, est tombé au-dessous de ce chiffre en 1866. Si ces inconvénients se remarquent à Paris, ils sont bien autrement prononcés dans les villes de province, où le soin de la police des prostituées est confié à des fonctionnaires d'un ordre beaucoup moins élevé.

Une loi qui investirait régulièrement l'administration de cette juridiction spéciale et de ces fonctions sanitaires, qu'elle a dû s'attribuer, pour ainsi dire, par nécessité et d'urgence, rendrait donc sa mission mieux définie et sa tâche plus facile. Avec cette arme nouvelle, elle marcherait d'un pas plus ferme vers la répression des abus et le perfectionnement d'institutions, qui, en fait d'amélioration physique de l'espèce humaine, n'ont pas dit leur dernier mot.

La nécessité d'une pareille loi a été reconnue par la plupart des membres français du Congrès, dont plusieurs étaient délégués officiels et parlaient au nom de sociétés médicales de province ; ou plutôt, la réglementation de la prostitution, en tant qu'émanation de la police locale, leur a paru à tous devoir

céder le pas à une réglementation plus haute, plus générale, uniforme et obligatoire pour toute la France (1). Le Congrès voudrait surtout qu'une loi ou un décret, en se substituant aux divers règlements communaux, fît bénéficier les dispensaires de salubrité des avantages de la centralisation.

Il y a des villes de province où l'administration ne fait rien pour l'assainissement de la prostitution ; il y en a d'autres où les moyens de prophylaxie mis en usage sont incomplets, insuffisants. Une impulsion active partie du centre aurait pour effet de vaincre les dernières résistances, et de faire adopter partout les mesures préservatrices les mieux éprouvées.

Une fois généralisés sur tout le territoire, les services sanitaires auraient besoin d'un lien commun qui les rendît solidaires et permît de les porter tous au même degré de per-

(1) Le dispensaire de salubrité le plus récemment réorganisé, en France, est celui de Lyon. Des plaintes s'étant fait entendre de divers côtés au sujet de la fréquence des maladies vénériennes dans cette ville, fréquence qu'on attribuait à une organisation défectueuse du dispensaire, M. de Metz, secrétaire général de la préfecture du Rhône, prit l'initiative d'une réforme devenue nécessaire, et qui est aujourd'hui un fait accompli.

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département du Rhône, et surtout la Société impériale de médecine de Lyon, ont longuement délibéré sur ce sujet. Un rapport a été présenté à la Société de médecine par M. Garin, au nom d'une commission composée de MM. Bouchacourt, Diday, Garin, Gubian, Potton, Rodet et Rollet. C'est conformément aux conclusions de ce rapport que le dispensaire de salubrité a été réorganisé par arrêté de M. le sénateur préfet du Rhône, H. Chevreau, en date du 25 juillet 1867.

On sait aussi que la Société impériale de médecine de Lyon, par l'organe de son rapporteur, a la première émis le vœu qu'une conférence internationale fût appelée à s'occuper des maladies vénériennes et à provoquer partout un ensemble de mesures propres à combattre et à détruire ces maladies. Dès que le programme du Congrès médical international fut connu, la Société décida que cette proposition de prophylaxie internationale serait reprise par la commission, qui chargea M. Rollet de lui faire un rapport spécial sur ce sujet. Ce rapport, dont toutes les conclusions ont été adoptées après discussion par la Société, a été présenté en son nom au Congrès comme réponse à la question III.

Voyez : *De la police sanitaire et de l'assistance publique dans leurs rapports avec l'extinction des maladies vénériennes*, par J. Garin, Paris, 1866, et *Congrès médical international*, p. 347.

fection. Si un inspecteur général, par exemple, était à la tête de tous ces services, il en centraliserait naturellement la direction et le contrôle ; le comité médical chargé, dans chaque ville, du dispensaire de salubrité, aurait à lui envoyer des rapports, des statistiques. Ces statistiques partielles deviendraient les éléments d'une statistique générale et comparative des maladies vénériennes, c'est-à-dire d'un document d'un haut et puissant intérêt pour le moraliste comme pour le médecin. On ne manquerait pas de tirer de ces statistiques des inductions utiles au bien des différents services et au perfectionnement des mesures à prendre ; car les villes où la population présenterait le chiffre proportionnel le moins élevé de maladies vénériennes, seraient vraisemblablement celles où la police sanitaire aurait le fonctionnement le meilleur et le plus digne d'être imité.

En Belgique, il en est de même qu'en France, à peu de chose près. Le gouvernement n'a aucune loi qui l'autorise à prendre des mesures contre la prostitution. Celle-ci est d'intérêt purement communal. Certaines grandes villes l'ont réglementée avec avantage, et, à leur tête, marche la capitale. Mais il y a encore des communes qui n'ont rien fait ou qui n'ont pris que des mesures insuffisantes, soit par incurie, soit par esprit d'économie mal entendu. Il ne s'agit pas seulement ici de localités rurales, où la prostitution est nulle ou exceptionnelle, mais de communes importantes, situées aux portes mêmes des grandes villes.

On s'est beaucoup préoccupé, en Belgique, de cet état de choses, et on a cherché les moyens d'y mettre fin. En 1852, le Congrès général des hygiénistes réunis à Bruxelles a pris, à cet égard, des résolutions importantes. Il a admis la nécessité de faire intervenir dans cette question le pouvoir législatif, afin d'imposer aux communes le devoir de réglementer la prostitution. Il a divisé les mesures à prendre en deux catégories : les unes législatives, les autres administratives; les premières

devant faire l'objet d'une loi, les secondes de simples règlements locaux. Mais, jusqu'à présent, les vœux du Congrès n'ont pas été réalisés.

A défaut de loi obligatoire pour les communes, le gouvernement belge chercha, en 1856, à décider celles-ci par la persuasion à adopter les mesures sanitaires jugées les meilleures. Il chargea le Conseil supérieur d'hygiène d'élaborer un règlement qui pût leur être recommandé. Ce règlement existe; il a été communiqué au Congrès par l'un de vos rapporteurs (M. Crocq), délégué du gouvernement belge près de cette assemblée; ses dispositions sont très-sages; mais il ne portera pas les fruits qu'on est en droit d'en attendre, tant qu'un acte législatif n'interviendra pas pour lui donner force de loi dans tout le pays.

Si les services sanitaires concernant la prostitution peuvent prendre plus d'extension et sont susceptibles de perfectionnement, même en France et en Belgique, que ne reste-t-il pas à faire chez les autres nations, et quel abaissement du chiffre des maladies vénériennes n'est-on pas en droit d'espérer pour un avenir prochain dans toute l'Europe!

Nos efforts doivent donc être dirigés vers un double but. Il s'agit d'abord de gagner l'opinion générale et de rallier tous les gouvernements aux idées de salubrité; il s'agit, en second lieu, de perfectionner, de régulariser les services sanitaires, et d'établir entre eux un lien commun et une étroite solidarité. Cette solidarité, que la plupart des hygiénistes de France demandent pour leurs services nationaux sous forme de centralisation, ne se réaliserait pas sans qu'on en vît bientôt les grands avantages. Ce serait un acheminement vers une sorte de fédération, qui finirait par mettre les services sanitaires réunis de toute l'Europe sous la haute surveillance d'une commission internationale. Pour le moment, ce qu'on doit surtout demander aux divers gouvernements, c'est d'adopter, à l'égard de la prostitution, une réglementation et des mesures sanitaires

uniformes, justifiées d'avance par cette considération que les prostituées ne diffèrent pas sensiblement selon les nationalités.

L'organisation uniforme de tous les dispensaires de salubrité a été réclamée par un hygiéniste d'une grande autorité (M. Michel Lévy), et c'est aujourd'hui un vœu presque général auquel vos rapporteurs s'associent pleinement.

Les prostituées sont cosmopolites comme la corruption qui les engendre ; on les retrouve partout avec des habitudes identiques, affichant, lorsqu'elles sont libres, les mêmes scandales, se portant aux mêmes désordres et propageant les mêmes maladies. Les prescriptions hygiéniques ou autres que comporte la prostitution sont donc également nécessaires et doivent être semblables partout.

En quoi devrait consister cette organisation uniforme des dispensaires et cette réglementation modèle de la prostitution? Nous n'avons pas à l'exposer ici. La tâche sera d'ailleurs facile pour ceux qui en seront chargés et qui n'auront qu'à utiliser les nombreux documents réunis dans les actes du Congrès, sur les mesures sanitaires qui donnent, dans la pratique, les meilleurs résultats (1).

(1) Depuis la publication du volume des actes du Congrès, où se trouvent colligés les divers travaux présentés à cette assemblée en réponse à la troisième question de son programme, un appel a été fait par M. le secrétaire général à tous les membres de la commission, et plusieurs de nos collègues se sont empressés de lui adresser de nouveaux et intéressants documents qu'on consultera avec le plus grand profit.

Parmi ces communications, nous citerons en premier lieu le règlement sanitaire italien envoyé à la commission par M. Palasciano, avec une note importante et des propositions motivées, ainsi qu'une copie de documents officiels qui se rapportent à l'exercice de notre collègue comme inspecteur du bureau sanitaire et du syphilicome de Naples; plusieurs notes et un mémoire plein d'intérêt de M. Galligo; le règlement sanitaire de Lisbonne et celui de Porto, envoyés par M. Barbosa avec des statistiques très-complètes sur les visites sanitaires faites de 1862 à 1867; le règlement sanitaire de Madrid, envoyé par M. Seco-Baldor; enfin, diverses recherches statistiques ou autres venues de Norvége, de Bavière, de Belgique, d'Angleterre, de France.

On ne peut évidemment rédiger un règlement international de la prostitution qu'après avoir consulté tous les règlements nationaux, afin

Nous croyons cependant devoir rappeler, et en cela nous ne faisons que reproduire l'opinion unanime de nos collègues, que tout bon système de prophylaxie doit s'appliquer plus particulièrement à restreindre le nombre des prostituées insoumises, et à prévenir de cette façon les dangers de la prostitution clandestine. Partout, en effet, où des dispensaires de salubrité sont établis, le péril pour la santé publique ne vient plus, à proprement parler, que du côté de la clandestinité.

Les statistiques ne sont pas avares de renseignements sur ce point; nous ne leur ferons pourtant qu'un petit nombre d'emprunts.

En général, dans les villes où les visites sanitaires sont bien organisées, le nombre des prostituées inscrites trouvées malades ne dépasse pas la proportion de 2,26 pour 100, soit 22 pour 1000. Au contraire, dans les razzias que la police opère parfois sur les prostituées clandestines, le nombre proportionnel des malades est extrêmement élevé.

A la fin de 1830, après les événements de juillet, toutes les filles qu'on ramassa fournirent 1 malade sur 2 1/2; en août 1831, sur 79 arrestations, on trouva 39 malades, près de 1 sur 2. Les opérations de 1832 ont eu pour résultat 1 malade sur 4 1/2; enfin une grande opération, faite au mois d'avril 1834, a donné 71 malades sur 179 arrestations ou 1 malade sur 2 1/2 (1).

d'emprunter à chacun ce qu'il a de meilleur. Sans se prononcer d'une manière absolue, c'est néanmoins le règlement sanitaire de Paris, celui de Bruxelles et celui d'Italie, qui ont entre eux, du reste, la plus grande analogie, que la commission croit devoir plus particulièrement recommander.

Toutes les pièces précédemment énumérées ont été classées et réunies par les soins de la commission sous un titre commun. (Voyez *Congrès médical international de Paris*, pièces complémentaires relatives à la question III.)

(1) *De la prostitution dans la ville de Paris*, par Parent-Duchâtelet, 3e édition, complétée par A. Trébuchet et Poirat-Duval. Paris, 1857, t. I, p. 700. C'est le livre le plus important qui ait été écrit sur la prostitution, surtout avec les documents nouveaux qu'il contient, concernant la prostitution dans les principales villes d'Europe.

Du 1er janvier 1861 au 31 décembre 1866, 13 818 femmes, arrêtées pour fait de prostitution clandestine à Paris, ont présenté 3725 cas de maladies vénériennes. La proportion des malades a donc été un peu moins de 1 sur 3 (1).

A Strasbourg, le service de la police ayant été réorganisé en 1853, la proportion des prostituées clandestines trouvées malades s'est élevée d'abord à 83 pour 100. Cette proportion était encore de 73 pour 100 en 1854, de 50 pour 100 en 1855, et de 32 pour 100 en 1856.

A Bordeaux, en 1858, année qui a précédé la réorganisation du service, les prostituées clandestines étaient malades dans la proportion de 49,26 pour 100, soit 492 pour 1000. Cette proportion est restée de 418 pour 1000 en 1859, et dans les années suivantes, on les a trouvées malades dans une proportion qui a varié de 203 à 272 pour 1000.

La prostitution libre des pays dépourvus de visite sanitaire ne le cède en rien, sous le rapport des maladies vénériennes, à la prostitution clandestine des pays à visite; car, parmi les prostituées libres, la proportion des malades n'est pas évaluée à moins de 50 pour 100.

En France, les médecins des corps sont unanimes à constater que le nombre des hommes contaminés est toujours en rapport avec le degré de surveillance exercée par les autorités locales sur la prostitution publique et clandestine (2).

Sur 4070 individus traités à l'hôpital du Midi en 1866 et en 1867, pour des affections vénériennes dont on a pu retrouver l'origine, 2302 étaient redevables de leur maladie à la prostitution clandestine (3).

Si l'on veut bien remarquer, après cela, que, même dans les États où la police sanitaire est le mieux faite, les prosti-

(1) Le Fort, Académie de médecine. Séance du 20 avril 1869.

(2) Voy. *Statistique médicale de l'armée pour l'année* 1864, in-4. Paris, 1866, p. 18.

(3) Le Fort, *loc. cit.*

tuées clandestines sont en nombre indéterminé, mais toujours supérieur à celui des prostituées inscrites, on reconnaîtra combien est nécessaire une réglementation qui assure aussi exactement que possible la répression de la clandestinité, c'est-à-dire qui arrête l'infection vénérienne à sa véritable source. Vos rapporteurs, d'accord avec le Congrès, et, il faut le dire, avec la presque unanimité des médecins, ne sauraient trop insister sur ce point.

On ne peut obtenir cette répression qu'avec un bureau des mœurs pourvu d'un nombre suffisant d'agents expérimentés, ayant à leur tête un chef instruit et d'une honnêteté à toute épreuve. C'est au bureau des mœurs qu'est confiée la mission de poursuivre la prostitution clandestine. Il faut qu'il la poursuive sans relâche et qu'il cherche à l'atteindre sous tous ses déguisements. Mais, dans la hiérarchie du vice, il y a bien des degrés. Où commencent les désordres qui motivent l'intervention de l'autorité et justifient l'inscription, cet acte grave après tout, qui garantit la société, mais qui livre la femme au pouvoir discrétionnaire de la police ? La récidive, le concours de plusieurs faits particuliers, la notoriété publique, le flagrant délit, sont les circonstances qui caractérisent la prostitution. C'est une appréciation délicate qui doit être laissée d'abord au chef du bureau des mœurs. C'est lui qui décide du sort des prostituées clandestines par les propositions qu'il soumet à l'autorité supérieure. De pareilles fonctions auraient besoin d'être relevées ; elles ne sauraient être convenablement remplies par des employés subalternes, et vos rapporteurs estiment qu'on devrait en faire partout une sorte de magistrature.

Visite sanitaire des hommes.

On a agi longtemps comme si les maladies vénériennes n'avaient pas, parmi les hommes, de centre de propagation comparable à la prostitution chez les femmes ; ou plutôt, on ne

jugeait pas que l'hygiène publique eût beaucoup à bénéficier des mesures sanitaires applicables aux hommes, mesures auxquelles on n'a eu recours qu'une vingtaine d'années au moins après la première institution des dispensaires de salubrité. Le principe qui régnait alors, c'est que, prises en masse, les maladies vénériennes ne faisaient que se propager entre les deux sexes, et qu'il suffisait, après tout, de les éteindre chez l'un pour en exempter l'autre; principe aussi faux en lui-même que dangereux dans ses conséquences.

Les armées permanentes de terre et de mer, avec l'accroissement qu'elles ont pris partout depuis le commencement du siècle, sont, comme nous l'avons dit, un des foyers les plus actifs de propagation des maladies vénériennes. Les statistiques militaires ne laissent aucun doute sur ce point. D'un autre côté, ce grand foyer de contagion n'est pas plus difficile à éteindre que les autres, car les corps militairement organisés se prêtent merveilleusement à l'application des moyens de prophylaxie.

Le rôle de l'armée et de la marine militaire et marchande, dans la propagation des maladies vénériennes, a été de tout temps si considérable, que l'histoire de ces maladies est, pour ainsi dire, liée à l'histoire même de toutes les grandes expéditions entreprises depuis le XVe siècle.

C'est à l'équipage de Colomb que la plupart des historiographes de la syphilis attribuent l'importation en Europe de cette maladie, jusque-là concentrée, selon eux, sur les races primitives de l'Amérique, et restée inconnue aux nations européennes. L'expédition d'Italie, de Charles VIII, et la guerre qui en résulta entre les principales nations de l'Europe, arriva, pour ainsi dire, à point nommé pour propager la maladie nouvelle sur le continent.

A cette époque, le commerce du monde était presque tout entier entre les mains des Portugais. Aussi est-ce à la marine portugaise qu'est attribué le transport de la syphilis sur les

côtes d'Afrique, dans l'Inde et au Japon. Les autres marines de l'Europe, et notamment la marine vénitienne, alors si florissante, la répandirent dans les échelles du Levant, où l'exil des mahométans et des juifs, chassés d'Espagne par Ferdinand et Isabelle, l'avait déjà introduite.

La syphilis s'enfonça aussi de plus en plus en Europe, à la faveur des échanges et des guerres.

On la voit pénétrer assez vite jusqu'en Norvége, et former dans tous les États scandinaves, sous le nom de *radezyge*, une endémo-épidémie attribuée primitivement aux rapports maritimes de la Norvége avec la Hollande.

Transportée du continent en Angleterre, la maladie suit là encore les grands mouvements de la marine et de l'armée. C'est à l'armée de Cromwell qu'est rapporté le *sibbens*, cette endémo-épidémie de syphilis, qui règne encore de nos jours dans une grande partie de l'Ecosse.

Si les grandes guerres des trois derniers siècles n'avaient pas suffi pour étendre l'infection syphilitique à tout le continent, celles de la Révolution et de l'Empire étaient bien de nature à combler toutes les lacunes. Les récits de chirurgie militaire de cette époque abondent en documents sur les maladies vénériennes. C'est notamment dans sa campagne en Portugal que l'armée anglaise donna lieu aux observations intéressantes qui devinrent le point de départ des doctrines nouvelles sur la nature et le traitement de ces maladies.

En admettant que la syphilis ait été primitivement importée en Europe, on voit, par ces exemples, et nous aurions pu les multiplier bien davantage, que l'Europe avait tous les éléments nécessaires non-seulement pour étendre et perpétuer la maladie dans son sein, mais encore pour devenir à son tour un centre d'infection pour les autres parties du monde. Encore aujourd'hui, le même mouvement s'opère dans les deux sens, et cela, tantôt au détriment de pays étrangers et tantôt au nôtre.

Ce sont, il est vrai, les marins d'Europe, principalement les baleiniers, qui ont infecté l'Océanie, le littoral des mers du Sud et tant d'autres localités où le fléau était inconnu avant eux. Mais nos expéditions militaires d'Afrique, de Crimée, de Chine, du Mexique, le croisement des grandes marines européennes dans les mers lointaines et leurs voyages au long cours ont montré dans ces dernières années, et montrent encore tous les jours, que nous recevons en général du dehors plus de maladies vénériennes que nous n'en exportons.

Nous ne croyons pas utile d'indiquer ici le chiffre proportionnel des maladies vénériennes dans les différentes garnisons d'Europe. Les statistiques françaises sont bien connues ; les autres nous intéressent surtout par les différences essentielles qu'elles présentent avec elles, différences que nous avons déjà signalées.

Les statistiques anglaises, concernant les maladies vénériennes des marins, sont plus instructives en ce sens qu'elles donnent une idée assez complète du degré auquel ces maladies sont répandues dans les diverses parties du monde. Il se fait entre les marins et les pays qu'ils fréquentent des échanges de maladies vénériennes dans des proportions variables, et qu'indiquent avec une grande exactitude les chiffres relatifs à ces maladies contenus dans le *Statistical Report of the health of the navy*.

D'après ce document, publié par ordre de la Chambre des communes, il y a une grande différence dans le nombre des maladies vénériennes parmi les équipages des diverses stations de la marine anglaise : dans le Canal, dans la Méditerranée, au Nord-Amérique et aux Indes occidentales, au Brésil, dans l'océan Pacifique, sur la côte occidentale de l'Afrique, au cap de Bonne-Espérance et aux Indes orientales, en Chine et au Japon, en Australie.

Proportion des vénériens sur 1000 hommes d'effectif parmi les équipages des différentes stations de la marine anglaise (1860-1867).

STATIONS.	SYPHILIS.							AFFECTIONS BLENNORRHAGIQUES.						
	1860	1861	1862	1863	1864	1865	1866	1860	1861	1862	1863	1864	1865	1866
Station locale et flotte du Canal (Home)	76,8	100,4	108,6	104,2	96,9	97,1	69,1	20,3	29,6	34,8	32,4	25,7	30,3	20,4
Services divers (*irregular force*)	120,3	155,2	121,3	143,2	127,6	130,9	98,7	48,1	53,6	44,4	31,4	29,1	45,7	40,1
Station de la Méditerranée	65,7	64,5	60,5	29,1	35,3	35,2	34,1	13,9	14,5	17,8	14,9	10,2	17,1	14,8
Station du Nord-Amérique et Indes occidentales	31,1	35,8	36,3	48,5	52,4	53,4	69,0	9,8	12,2	7,7	13,6	15,8	15,2	15,4
Station du Brésil	22,4	29,5	42,2	38,6	45,2	36,1	54,1	10,4	16,1	13,3	18,9	22,6	16,1	13,3
Station de l'océan Pacifique	52,2	45,7	32,6	54,6	48,7	61,2	93,2	22,6	20,4	10,8	22,6	19,4	18,2	18,8
Station de la côte occidentale d'Afrique	18,1	17,1	19,1	18,6	22,9	42,3	44,6	7,1	8,3	9,1	16,5	22,2	40,0	32,1
Station du cap de Bonne-Espérance et des Indes orientales	17,2	47,3	52,5	60,0	63,7	65,5	82,6	4,5	12,8	17,7	27,4	23,2	23,8	29,1
Station de la Chine et du Japon	76,0	101,2	78,7	132,2	177,7	165,3	129,8	15,9	44,5	36,9	57,3	37,2	35,3	26,4
Station de l'Australie	20,2	12,7	39,1	22,4	17,2	16,0	38,4	14,9	8,4	17,9	8,6	6,8	9,8	15,9

Le tableau précédent donne, pour la période comprise entre 1860 et 1867, la proportion des vénériens, sur 1000 hommes d'effectif, dans les différentes stations maritimes de la Grande-Bretagne (1).

Il résulte évidemment de ce qui précède, comme il résultait déjà des statistiques militaires dont nous avons parlé en commençant, que si la visite sanitaire des prostituées est urgente, indispensable, c'est surtout dans les villes de garnison et dans les ports de mer. Plus il y a de maladies vénériennes dans ces localités parmi les prostituées, plus grand est le nombre des militaires et des marins atteints par la contagion. C'est généralement de la prostitution que tous ces hommes jeunes, célibataires, ardents, reçoivent leurs maladies contagieuses. Mais on doit tirer un autre enseignement de ces mêmes faits, et reconnaître la nécessité d'adopter des mesures sanitaires en quelque sorte bilatérales.

En effet, et c'est un point qu'il est à peine besoin d'indiquer, ces militaires et ces marins, après avoir été infectés par la prostitution, ne manquent pas à leur tour de déverser sur celle-ci les maladies qu'elle leur a communiquées : c'est un double courant auquel il faut opposer un double obstacle. Parfois l'échange de ces maladies se fait sur place, et le préjudice est égal des deux côtés. Mais, d'autres fois, la contagion, gagnée par exemple dans un pays où les mesures sanitaires sont mal organisées, est rapportée ailleurs, dans les localités où les dispensaires de salubrité fonctionnent au contraire régulièrement, et dans ce cas il y a préjudice pour ces localités au sein desquelles les maladies vénériennes deviennent tout à coup beaucoup plus nombreuses.

A Bastia, en 1858, le chiffre des vénériens entrés à l'hôpital était très-faible (6 pour 100 hommes d'effectif) ; ce chiffre,

(1) Voyez A. Le Roy de Méricourt, *Étude critique des mesures prophylactiques contre les maladies vénériennes, proposées spécialement à l'égard des marins* (*Archives de médecine navale*, décembre 1868, t. X).

en 1859, augmenta de plus du double (15 pour 100 hommes d'effectif). Cette augmentation était due à l'arrivée d'un régiment étranger formé en Lombardie et dans lequel se trouvaient beaucoup de soldats infectés. Les effets de cette importation n'avaient pas encore entièrement disparu en 1860, car dans le cours de cette année les entrées à l'hôpital étaient encore très-nombreuses (10 pour 100 hommes d'effectif).

Des constatations analogues ont été faites à Rome et à Sarreguemines, à la suite de l'arrivée dans ces villes de régiments détachés d'autres villes plus infectées qu'elles.

Toutefois ces faits, qui sont des exceptions dans les armées de terre, grâce à une certaine uniformité de mesures sanitaires propres aux différentes villes d'une même nation, sont au contraire la règle dans la marine, dont les équipages ont beaucoup plus souvent l'occasion de passer d'un pays où la prostitution est libre, dans ceux qui sont pourvus de dispensaires de salubrité, ou réciproquement.

Nous avons vu que, pour les dangers d'infection qu'ils font courir aux marines étrangères, la Chine et le Japon tenaient le premier rang. La très-grande majorité des maladies vénériennes qui atteignent chaque année les équipages des mers de Chine est contractée au Japon, et principalement à Yokohama. Le Japon peut être considéré actuellement comme le foyer le plus intense d'infection vénérienne qu'il y ait au monde. Cela tient à ce que, dans ces pays, la prostitution n'est pas seulement libre, mais encore soutenue et encouragée par l'État, qui en tire profit. Chose remarquable, les Anglais qui ont tant tardé à introduire chez eux des mesures de prophylaxie, mesures encore si incomplètes, les Anglais, disons-nous, de concert avec les autres autorités européennes, ont cru devoir insister auprès des autorités japonaises pour leur faire adopter un système d'inspection des prostituées qui fonctionne, depuis 1866, sous la direction d'un médecin de la flotte anglaise.

Après la station de la Chine et du Japon, ce sont les équi-

pages anglais en communication plus ou moins directe avec les ports du littoral de la métropole qui offrent de beaucoup la plus forte proportion de vénériens. Ce qui est vrai pour les bâtiments de guerre, l'est à plus forte raison pour les navires de commerce. Quelle source de maladies vénériennes pour le monde entier! Aussi n'est-ce pas des importations lointaines que les ports de l'Europe ont surtout à se garantir, le danger vient bien plutôt de leurs relations incessantes avec l'Angleterre.

On dira peut-être que si les matelots anglais ont des maladies vénériennes en si forte proportion, c'est à cause des rapports de l'Angleterre avec toutes les parties du monde, et que si la marine britannique tient le premier rang pour l'infection vénérienne, c'est qu'elle le tient aussi pour tout le reste. Ce serait presque une excuse, mais elle n'est pas fondée. Non, ce n'est pas en général aux rives lointaines, mais chez elle, dans son propre sein, c'est-à-dire dans les cloaques non assainis de sa prostitution libre, que l'Angleterre trouve cette abondance de germes contagieux. Ce qui le prouve sans réplique, c'est que la proportion des vénériens de l'armée de terre britannique, à l'intérieur, est supérieure à celle de l'armée de mer pour les mêmes années. On n'a pour s'en convaincre qu'à comparer le tableau précédent du *Statistical report*, concernant la marine, avec ceux qui concernent l'armée de terre, et dont nous avons donné plus haut des extraits.

Les mesures sanitaires relatives aux militaires et aux marins, auxquelles le Congrès a manifestement donné son approbation, sont celles qui existent déjà en principe en France, mais qui ne sont pas mises en pratique avec assez de régularité. Nous faisons allusion au règlement du dispensaire de Brest, établi par ordonnance royale du 1er juillet 1829, modifié par décision ministérielle du 22 novembre 1830 et du 6 octobre 1837, ainsi qu'à la décision du ministre de la guerre du 10 mai 1842, et du ministre de la marine du 28 janvier 1843. Ces divers règlements ou arrêtés prescrivent la visite des militaires et des

marins à des intervalles réguliers et dans les circonstances où ils risquent le plus de propager de proche en proche ou de transporter au loin la maladie ; mais ces prescriptions sont loin d'être ponctuellement exécutées partout. Les chirurgiens militaires, les mieux placés pour savoir à quoi s'en tenir sur ce point, ont fait entendre des plaintes qui seront sans doute écoutées du pouvoir.

Les visites dans l'armée de terre sont insuffisantes, faites le plus souvent avec beaucoup d'inexactitude dans les petites garnisons et seulement pour l'accomplissement d'une simple formalité (1).

Les visites sanitaires des marins, à en juger d'après les communications faites au Congrès par un membre de cette réunion, médecin principal de la marine (M. Berchon), sont mieux exécutées. Tout soldat, matelot ou ouvrier des arsenaux est soumis à son arrivée dans les ports à une visite spéciale tout à fait distincte de celle pour laquelle les conseils de révision sont institués, et si la syphilis est constatée, l'envoi à l'hôpital est immédiat. Les équipages et les régiments sont aussi visités à des intervalles réguliers et fréquents. Au moment du congédiement et des congés temporaires, mêmes précautions, même visite. Pas un employé de la marine ne reçoit sa feuille de route qui lui sert de passe-port obligatoire, s'il ne peut présenter un certificat médical, attestant qu'il n'est porteur d'aucune affection contagieuse. Cette visite s'opère dans les vingt-quatre heures qui précèdent le départ des marins. Dès qu'un navire atteint un port, les syphilitiques en traitement sont consignés à bord ; ils ne peuvent descendre à terre que pour se rendre sous escorte à l'hôpital, où ils doivent être traités jusqu'à guérison.

Il y a en effet utilité à faire, soit dans l'armée, soit dans la

(1) Voyez Didiot, *Étude statistique sur la syphilis dans la garnison de Marseille*, 1866, p. 34.

marine, des visites de deux sortes : les unes à intervalles réguliers ; les autres dans certaines circonstances déterminées, telles que : arrivée ou retour au corps, départ en congé, changement de garnison, embarquement, débarquement.

Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que tout soit à créer, en fait de mesures de ce genre, hors de France.

Les visites militaires sont déjà mises en pratique dans bon nombre d'armées du continent ; elles ont été surtout portées à un haut degré de perfection en Belgique. Le plus pressé serait donc de les généraliser, et surtout de les faire adopter par les grandes puissances maritimes. Quant à les établir partout sur le même modèle, rien ne serait plus aisé. En général, l'hygiène des armées comporte la plus grande uniformité, ce qui tient au tempérament, au régime et aux diverses exigences militaires, qui sont à peu près les mêmes dans tous les États civilisés. Toutefois, il y a une classe de marins qui resterait encore en dehors de l'action prophylactique de ces mesures, c'est celle des matelots de la marine marchande.

Le nombre total des marins français, inscrits au 1er juillet 1868, est, d'après les documents officiels du ministère de la marine, de 80 000. Ce nombre se décompose de la manière suivante : 25 000 marins de l'État ; 28 000 hommes naviguant au long cours ; 27 000 occupés au cabotage et à la petite pêche. En supposant que les proportions de la marine militaire et de la marine marchande soient les mêmes, ou à peu près, dans tous les États maritimes, on voit qu'en n'étendant pas les mesures de prophylaxie à la dernière, on laisserait en dehors de leur action sanitaire environ les deux tiers des marins.

L'opinion qui a prévalu devant le Congrès, c'est qu'il faut donner à nos institutions hygiéniques le plus d'extension possible, et que l'administration devrait aviser aux moyens de faire bénéficier de la visite sanitaire la marine marchande aussi bien que la marine militaire.

Plusieurs membres du Congrès ont réclamé l'adoption de

cette mesure avec une insistance toute particulière (MM. Jeannel, Garin, Owre, Barbosa, Rey, Berchon). Comme l'a fait remarquer ce dernier, avec l'autorité que devaient naturellement lui donner ses longs services dans la médecine navale, le personnel des deux marines diffère peu : ce sont les mêmes hommes, tout disposés à se prêter, quand on voudra, aux mêmes prescriptions sanitaires.

L'obstacle viendrait plutôt, à ce qu'il paraît, de la part des capitaines et des armateurs qui, en temps de disette de matelots, chercheraient à éluder la visite pour faire monter à bord les hommes nécessaires, fussent-ils atteints de syphilis.

En un mot, on craint surtout que le commerce n'accepte difficilement une mesure comme celle-là, susceptible d'apporter une certaine entrave à ses mouvements. Le système quarantenaire actuel, tout mitigé qu'il est, n'est pas supporté sans impatience, et bien qu'il n'ait à exercer ses rigueurs que de loin en loin, il n'en soulève pas moins de vives résistances et souvent des réclamations ardentes. Que serait-ce si les gouvernements imposaient la visite sanitaire à tout navire en partance (1) ?

A ces objections le Congrès ne peut faire qu'une réponse : c'est qu'il n'a pas eu la prétention de trancher seul et sans appel une question où d'autres intérêts que ceux de l'hygiène sont en jeu. Tout en faisant remarquer que c'est l'avenir même de la race humaine qu'il s'agit de sauvegarder, la pureté de son sang, sa force, sa santé, c'est-à-dire les biens que la sagesse antique n'hésitait pas à mettre au-dessus de tous les autres, nous ne devons pas oublier que les sociétés modernes ont des préoccupations et des exigences nouvelles, et nous comprenons fort bien que des mesures de ce genre ne soient prises que dans une réunion où l'industrie et le commerce seront suffisamment représentés. Si, comme nous l'espérons,

(1) Voyez A. Le Roy de Méricourt, *loc. cit.*, p. 12.

une commission internationale est appelée à délibérer officiellement sur la prophylaxie de la syphilis, ce ne sera pas la moins importante de ses décisions que celle précisément qui déterminera dans quelles limites la visite sanitaire peut être appliquée aux matelots de la marine marchande, sans sacrifier aucun intérêt majeur. Le moment sera venu alors de montrer si, contrairement à la pensée et au désir du Congrès, deux nécessités aussi impérieuses que la liberté du commerce et la salubrité publique sont réellement inconciliables sur ce point.

Hospitalisation des vénériens, assistance publique, assistance mutuelle.

Nous arrivons au véritable nœud gordien de la prophylaxie de la syphilis; nous voulons parler de l'hospitalisation des vénériens. Il est bien évident que, sans hôpitaux, les visites sanitaires sont destinées à rester inefficaces.

L'hospitalisation est le corollaire naturel de la visite, en ce sens qu'on ne peut garantir complétement la société qu'en séquestrant jusqu'à guérison les individus trouvés malades à l'inspection sanitaire, et même (si ce n'était rêver l'impossible) toute personne en état de répandre la contagion.

Les hôpitaux ont encore une haute utilité même vis-à-vis des malades appartenant à la classe qu'on ne peut pas assujettir réglementairement à ces visites. Pour ces malades, en effet, l'hôpital est un lieu de séquestration volontaire, où ils se rendent toujours avec empresssement et où ils se rendraient en bien plus grand nombre, si, avec ses préventions au sujet des maladies vénériennes, la société, qui a des secours pour toutes les misères, ne restait pas si souvent indifférente pour celle-là.

On a conseillé de soumettre à la visite sanitaire les douaniers, les employés de l'octroi, les ouvriers célibataires des grandes manufactures, des usines, des ateliers; mais, comme nous venons de le dire, sans hospitalisation pas de visite sani-

taire effective. Celle-ci, nous le croyons, ne rencontrerait pas d'opposition sérieuse auprès de tous ces individus que tant de considérations de salubrité et d'intérêt public et privé ne manqueraient pas de toucher et de persuader.

Mais, à quoi bon? puisque loin d'avoir aucun moyen de les contraindre à entrer à l'hôpital, et d'être en mesure de rendre l'hospitalisation obligatoire pour eux, on en est encore dans beaucoup d'endroits à les repousser systématiquement des asiles ouverts à tous les autres malades. C'est une vieille tradition qui remonte presque à l'origine de la syphilis.

Quand cette maladie se montra pour la première fois en Europe, à la fin du XV[e] siècle, elle n'y répandit pas moins de terreur que le choléra à sa première apparition en 1831 et 1832. Le parlement de Paris, par un arrêt resté célèbre, du 6 mai 1497, enjoignit, sous peine de la hart, à tous les étrangers malades de la vérole, de quitter la ville, et aux autres de se retirer dans leurs maisons, ou bien, à défaut de domicile, de se réunir à Saint-Germain des Prés, où un local avait été disposé pour eux. Les étrangers devaient s'en aller par les portes Saint-Denis et Saint-Jacques, où l'on prenait leurs noms en leur défendant expressément de rentrer avant d'être guéris; en même temps on délivrait 4 sous parisis à chacun d'eux. Les indigents domiciliés étaient recommandés aux curés et marguilliers de leur paroisse; les autres devaient avoir à Saint-Germain des Prés tous les secours nécessaires, au moyen d'une somme cueillie et levée par ordonnance de l'évêque, des officiers du roi et du prévôt des marchands.

Des mesures semblables furent prises dans la plupart des grandes villes.

Ces ordonnances ne furent pas mises rigoureusement à exécution, et il n'en resta que l'institution d'hôpitaux spéciaux, qui furent à Paris les hôpitaux de la Trinité, Saint-Eustache et Saint-Nicolas, qui ont cessé d'exister, et finalement ceux qui existent encore aujourd'hui.

Mais croirait-on qu'on alla jusqu'à infliger des châtiments corporels aux malades admis à grand'peine dans ces hôpitaux, où ils étaient *fustigés* avant et après leur traitement. C'est que, dans le principe, la syphilis fut assimilée aux épidémies, et l'on chercha d'abord à s'en garantir par des procédés qui ne sont plus de notre temps, mais sans arrière-pensée. Puis, peu à peu, on vit qu'elle se communiquait par les rapports sexuels, c'est-à-dire qu'elle était une maladie vénérienne ; dès lors, les secours furent mesurés aux syphilitiques avec la plus grande parcimonie et l'on en vint au point d'agir envers eux comme s'ils avaient eu, en même temps qu'une maladie à traiter, une faute à expier. Sans ce préjugé regrettable, la syphilis n'existerait probablement plus en Europe, et nos pères, qui, en poursuivant la lèpre avec cette énergie indomptable qui a parfois paru excessive, ont su venir à bout de cette endémie affreuse que leur avait léguée le moyen âge, ne nous auraient pas légué à leur tour, avec la syphilis, le plus grand fléau des temps modernes.

Ce préjugé règne encore à un certain degré dans beaucoup de pays, et d'après les documents envoyés au Congrès par la Société Harvéienne de Londres, l'Angleterre est peut-être celui qui met le plus de lenteur à s'en affranchir.

Dans plusieurs des hôpitaux et dispensaires de Londres et de la province, on n'admet pas les vénériens. Ainsi, les hôpitaux de Saint-George, Saint-Mary's, University college, de Londres, et d'autres encore ne reçoivent pas ces malades. A *South-Staffordshire hospital*, il n'y a pas de lits pour les vénériens. Un règlement de *Portland town fra dispensary* dit qu'aucun vénérien ne doit y être traité. Le *Hull general infirmary*, ainsi que le *General hospital* de Dumfries, en Écosse, professent la même exclusion. Les établissements affectés aux maladies vénériennes dans la Grande-Bretagne et l'Irlande, semblent être aussi insuffisants dans toutes les grandes ville (excepté Dublin, qui reçoit une subvention du gouvernement),

qu'ils le sont à Londres. Il est très-rare que les villes possèdent des hôpitaux pour les vénériens, et celles qui en possèdent ont trop peu de lits pour tous ceux qui demandent à y être admis.

A Liverpool, le *Southern hospital* et les autres hôpitaux envoient tous leurs vénériens au *Lock hospital,* qui a 50 lits, et en moyenne 45 malades des deux sexes dans l'hôpital. Le *Lock hospital* de Dublin ne reçoit que des femmes, et a en moyenne 86 cas. Le *Staffordshire general infirmary* a 4 lits pour des hommes et 4 pour des femmes. Le *Chester infirmary* admet en moyenne 2 femmes vénériennes. Dans le *Royal infirmary* d'Édimbourg, il y a 26 lits pour les vénériens. Le *Lock hospital* d'Édimbourg a 36 lits pour les femmes vénériennes. Le *Lock hospital* de Glascow n'a que 45 lits pour ces cas. Le *General hospital* de Belfort, en Irlande, a 6 vénériens internes et une petite salle pour les femmes.

A Londres, le *Lock hospital* n'a que 15 lits d'hommes et 30 pour les prostituées, et l'on est constamment forcé, faute de place à l'hôpital, de renvoyer ces filles avec de grandes ulcérations des organes génitaux. Le *Guy's hospital* a 55 lits affectés aux vénériens, 25 pour les hommes et 30 pour les femmes. Le *Royal free hospital* a 26 lits pour des femmes vénériennes. Le *Middlesex hospital* a seulement 11 lits pour des femmes. Il n'y en a qu'une demi-douzaine dans le *London hospital;* il y en a 25 pour des hommes et 56 pour des femmes affectées de maladies vénériennes, à *Saint-Bartholomews hospital.* Ainsi, dans toute la ville de Londres, avec une population de plus de 3 millions d'âmes, il n'y a probablement pas plus de 150 lits dans les hôpitaux affectés aux prostituées ou aux femmes pauvres atteintes de maladies vénériennes, et certainement pas plus de 100 lits pour les hommes vénériens.

Le comité de la Société Harvéienne, qui vous a envoyé ces renseignements, estime qu'il ne faudrait pas moins de 1500 lits pour les vénériens des deux sexes à Londres, si l'on voulait

avoir la même proportion de lits affectés aux malades de cette classe que dans plusieurs des villes d'Europe.

Le comité espère ardemment que l'heure est enfin arrivée où l'attention du public anglais sera éveillée et qu'il reconnaîtra l'énormité du mal présent, ainsi que la nécessité de faire quelque chose pour diminuer la fréquence d'une classe de maladies si faciles à prévenir que les maladies vénériennes.

En France, les hôpitaux de vénériens sont presque aussi insuffisants qu'en Angleterre. La capitale seule et quelques autres grandes villes ont des salles ouvertes à cette classe de maladies. Paris possède maintenant plus de 460 lits pour les femmes vénériennes et 336 pour les hommes. Lyon dispose de 244 lits pour les femmes et de 92 pour les hommes.

Mais quelle différence avec la situation faite presque partout en province à tous ces malheureux !

Dans toutes ou la plupart des petites villes, les femmes de mauvaise vie subissent bien la visite sanitaire, mais cette visite ne peut pas avoir son effet, faute d'hôpitaux pour recevoir les malades. Quand ces femmes sont reconnues vénériennes, on les expulse purement et simplement, et alors elles vont semer la contagion de bourgade en bourgade; ou bien elles gagnent quelque ville voisine, pourvue de salles pour cette catégorie de malades, et là elles font des efforts, le plus souvent infructueux, pour être admises au raitement. De guerre lasse, elles reprennent leur métier, et c'est ainsi que la contagion n'a pas de limites.

Le sort des hommes vénériens n'est pas plus heureux. C'est tout au plus dans les villes de premier et de second ordre qu'ils peuvent espérer avoir un asile. Les hôpitaux de vénériens sont généralement des hôpitaux municipaux, et il faut avoir son domicile dans la ville pour y être admis. Les malades du dehors ne peuvent y pénétrer que par ruse, par fraude et toujours en petit nombre. A Bordeaux, les marins étrangers à la ville, atteints de maladies vénériennes, se font quelquefois

arrêter en feignant des querelles, afin que de la prison municipale, où ils sont visités, on les envoie à l'hôpital.

En d'autres termes, les villes qui ont des hôpitaux spéciaux les doivent à des fondations particulières, ou bien subviennent à leurs dépenses au moyen d'allocations municipales, et il est tout naturel qu'elles les réservent à leurs propres malades; comme, d'un autre côté, ces villes sont en petit nombre, il en résulte que le traitement des maladies vénériennes se fait presque partout en dehors des hôpitaux. C'est tout ce qu'on peut imaginer de plus contraire aux vrais principes de l'assistance publique; car si le traitement à domicile est appelé, comme le pensent bon nombre d'économistes, à remplacer dans l'avenir le traitement à l'hospice, ce n'est pas à coup sûr pour les cas de maladies contagieuses. On peut rêver la suppression de tous les hôpitaux, hormis ceux qu'il faudra consacrer au traitement de ces maladies aussi longtemps qu'on ne sera pas parvenu à les éteindre.

Si l'Angleterre et la France sont si loin de pouvoir mettre à la disposition des vénériens tous les hôpitaux dont ils ont besoin, le reste de l'Europe a bien aussi des *desiderata* à faire disparaître.

En Belgique, il y a, comme en France, une sorte d'antagonisme sous ce rapport entre les villes où le malade a sa résidence et celles où il est obligé d'aller se faire traiter. Bruxelles, en qualité de capitale, est le rendez-vous naturel des prostituées malades, alors même que celles-ci exercent leur industrie dans d'autres villes. A qui doivent revenir les frais de traitement? Voici à ce sujet les propres paroles d'un échevin de la ville de Bruxelles et membre de la Chambre des représentants (M. Watteeu) : « Bruxelles est entourée de cinq ou six communes qui, par leur population, ont l'importance de villes. Plusieurs de ces communes sont le refuge d'un nombre relativement considérable de prostituées, et aucune n'a d'hôpital; tout au moins elles sont dépourvues d'un service pour le traitement des syphilitiques. Toutes ces prostituées, qui ont

leur domicile de fait et de droit dans une commune voisine, qui n'exercent pas la prostitution dans la capitale, sont pourtant envoyées dans nos hôpitaux en cas de maladie. Si, d'une part, l'humanité, le souci de la santé publique, nous font un devoir de ne pas les repousser, d'autre part, nous ne pouvons les recevoir qu'au détriment de nos indigents, dont les intérêts doivent avant tout nous préoccuper. Ce n'est certes pas le résultat que le gouvernement a voulu atteindre. Si le gouvernement tient à exonérer le domicile de secours, n'y aurait-il pas obligation pour lui, qui représente toutes les communes, d'assumer une charge qui ne peut ni ne doit être imposée à quelques-unes au profit des autres ? D'ailleurs l'État est intéressé dans la question à divers titres; n'y eût-il que l'intérêt de la santé de l'armée, que ce motif serait amplement suffisant (1). »

Ces considérations sont très-sages et bonnes à faire valoir dans tous les pays. Si l'on veut sérieusement se débarrasser des maladies vénériennes, il ne faut pas compter exclusivement sur les administrations locales. C'est à l'État à prendre partout la direction de cette affaire, et puisque les secours hospitaliers sont insuffisants, c'est à lui à les compléter avec son budget. Les sacrifices ne seront d'ailleurs pas grands, et ne constitueront que de simples avances; car la diminution du nombre des maladies vénériennes aura bien vite réduit les dépenses; les frais nécessités par les mesures préventives seront compensés et au delà par les économies réalisées sur le traitement, lequel ne portera dans la suite que sur un nombre de plus en plus petit de malades.

En France, 45 à 50 000 hommes de l'armée de terre ou de mer entrent chaque année comme vénériens dans les hôpitaux; leur traitement coûte annuellement près de 1 500 000 francs. Le traitement des vénériens civils coûte plus du double aux administrations hospitalières. L'effectif militaire se trouve di-

(1) *Congrès médical international*, p. 314.

minué d'un centième environ (0,86 journées de maladies vénériennes, pour 100 journées de présence sous les drapeaux) (1). L'effectif de la marine est affaibli probablement dans la même proportion. Les pertes de journées de travail pour les ouvriers en traitement causent aussi à la société un préjudice matériel considérable. Peut-on hésiter à s'imposer momentanément des dépenses comme celles-là, dont on peut dire (sans même invoquer la raison d'humanité, qui serait déjà à elle seule décisive) qu'elles auront pour résultat final de supprimer ces charges permanentes énormes, et de mettre en valeur toutes ces forces improductives ? Toutefois la question de l'hospitalisation des vénériens en général peut être tranchée de bien des manières, et il est tout naturel que chaque État la résolve conformément aux principes qui servent de base à ses institutions propres.

Il n'en est pas de même de l'hospitalisation applicable aux marins des divers pays pour le cas où l'on étendrait à ceux-ci la visite sanitaire, telle que l'ont proposée plusieurs membres du Congrès. Les marins de nationalités différentes ne pourraient être traités, en pays étrangers, qu'en vertu d'une convention internátionale, qui déterminerait comment et d'après quelles bases seraient acquittés les frais de traitement.

Un de nos collègues (M. Jeannel) a proposé d'instituer à cet effet, dans les principaux ports de mer, des hôpitaux-lazarets, et il a développé tout un plan d'installation qu'il ne nous appartient pas de juger ; ce serait soulever des questions d'application et de détail, et c'est seulement sur les points essentiels, sur les mesures générales, que le Congrès peut affirmer sa compétence et se faire fort de son unanimité.

Ainsi donc, il faut des hôpitaux pour les individus assujettis à la visite sanitaire ou appelés à l'être ; il en faut aussi pour ceux qui ne le sont pas et que, loin de repousser, comme elle le fait encore, l'assistance publique devrait au contraire attirer à elle le plus possible.

(1) Voy. *Statistique médicale de l'armée*, 1864, p. 70.

Si les ouvriers de toutes les catégories, les apprentis, les domestiques, les hommes jeunes, nomades, c'est-à-dire ceux que la contagion hante le plus volontiers, et qu'elle laisse souvent honteux et confus de leur état, étaient reçus sans difficultés dans les hôpitaux, ils s'y rendraient presque tous avec empressement. Cette mesure, sans heurter aucune volonté, achèverait de réaliser la séquestration des vénériens, lesquels, après avoir pu malheureusement contracter la contagion, seraient au moins mis de cette façon dans l'impossibilité de la répandre.

Ces individus, pour qui l'assistance publique n'a aujourd'hui que des hôpitaux insuffisants, trouvent néanmoins à se faire traiter aux consultations ; il est même à remarquer que les pays qui ont le moins de salles affectées aux vénériens sont ceux qui ont le plus de consultations externes.

A Londres, à *Saint-Bartholomews hospital*, on voit journellement, en moyenne, 174 cas de maladies vénériennes, ou à peu près la moitié des malades externes chirurgicaux. A *Guy's hospital*, a peu près 43 pour 100 de tous les malades externes sont des vénériens; dans le même hopital, sur 295 cas externes de chirurgie, vus en mai 1867, 174 étaient vénériens. Le *Royal free hospital* de Londres a journellement 117 cas de maladies vénériennes, c'est-à-dire 3 sur 8 des malades chirurgicaux. Aux hôpitaux de *King's college, University college, Saint-Mary's, Westminster, London hospital, Middlessex hospital* et *Metropolitan free hospital* de Londres, la proportion de vénériens est de 1/3 à 1/8e de tous les cas externes de chirurgie.

En France, les consultations ne manquent pas aux vénériens. A Paris, leur organisation est satisfaisante. A Lyon, on trouve même une institution de ce genre qui n'a pas encore été imitée. Outre les consultations de l'Antiquaille avec délivrance gratuite des médicaments, il y a dans cette ville, pour les vénériens, un dispensaire spécial. Le traitement externe n'est pas

appliqué à moins de 2000 vénériens chaque année, tant à la consultation de l'hôpital qu'au dispensaire.

Il faut bien reconnaître que l'espèce d'ostracisme dont les vénériens ont été si longtemps frappés, au grand préjudice de la santé publique, devient de moins en moins rigoureux, et que ce revirement des idées est plus prononcé dans les grands centres de civilisation. Pourtant il y a encore des résistances, et, qui le croirait? elles viennent même des corporations qui sembleraient devoir représenter le mieux l'esprit moderne, c'est-à-dire des administrations de chemins de fer et des sociétés de secours mutuels.

En France, la plupart des compagnies de chemins de fer, c'est une justice à leur rendre, montrent la plus vive sollicitude pour la santé de leur personnel. Quelques-unes fournissent une allocation supplémentaire à ceux de leurs employés que leurs fonctions retiennent dans des localités insalubres, au voisinage des étangs et des marais, par exemple; presque toutes ont des caisses de prévoyance, qui, moyennant une faible retenue, assurent aux malades ou aux valétudinaires les soins médicaux et les médicaments, le changement d'air, l'usage des eaux thermales; aux femmes, des secours pour les accouchements; aux veuves, des indemnités renouvelables; aux décédés, les frais d'inhumation. On a pourvu à tout, et, par une exception qui est un déplorable anachronisme, on n'a rien fait pour les vénériens qu'on abandonne à leur propre sort, ou que les médecins des compagnies traitent bénévolement, mais sans pouvoir les faire bénéficier des avantages de l'association. Il en est de même des autres sociétés de secours mutuels qui accordent la gratuité des médicaments et les allocations habituelles à leurs sociétaires pour toutes les maladies, excepté pour les maladies vénériennes.

Aux yeux des membres du Congrès, cette exception est des plus regrettables. Nous sommes médecins, et nous ne pouvons pas oublier que de tous les principes d'humanité le plus élevé,

celui qui honore le plus notre profession, est celui qui consiste à se dévouer à toutes les maladies, sans jamais leur demander, pas plus que dans le traitement à domicile, que dans les hôpitaux ou sur les champs de bataille, leur certificat d'origine. L'égalité des malades devant l'assistance, voilà la règle absolue, proclamée depuis longtemps par la médecine, règle adoptée par le gouvernement pour les hôpitaux militaires, les ambulances, les infirmeries des prisons, adoptée aussi de plus en plus par l'assistance publique et que nous voudrions voir pénétrer par l'exemple, par la persuasion, et même par l'intervention morale du pouvoir, jusqu'au sein de l'assistance mutuelle.

Moyens de prophylaxie spécialement applicables à la syphilis.

Dans le nombre des maladies vénériennes il y en a une qui est moins fréquente que les autres, puisqu'elle ne forme que le quart environ du nombre total, mais qui s'en distingue par sa gravité extrême, et par la multiplicité de ses modes de transmission : c'est la syphilis proprement dite.

Quand les hygiénistes, comparant la syphilis à la lèpre, à la peste, à la variole, à la fièvre jaune, au choléra, qui sont l'objet d'un vaste et dispendieux appareil de préservation, disent que la première de ces maladies, dont les gouvernements s'occupent beaucoup moins, fait plus de ravages que toutes les autres ensemble, en tuant les enfants dans le sein de leurs mères et en minant sourdement les générations, il faut prendre le mot syphilis dans l'acception rigoureuse qu'il a aujourd'hui, et l'appliquer à l'une seulement des trois principales maladies vénériennes.

La syphilis proprement dite se communique sans doute fréquemment par les rapports sexuels, et tout ce que nous venons de dire de la prophylaxie des maladies vénériennes en général

lui est applicable. Mais c'est, en outre, une maladie héréditaire, constitutionnelle, dont le principe contagieux circule pour ainsi dire partout dans l'organisme avec le sang. Il en résulte qu'elle a des foyers de contagion et de propagation multiples, et qu'à chacun de ces foyers on peut, et il faut appliquer des moyens spéciaux de prophylaxie.

Notre tâche ne serait donc pas complétement remplie si nous ne passions rapidement en revue les mesures d'hygiène publique que nécessitent la syphilis héréditaire, la syphilis des nourrices, la syphilis vaccinale, la syphilis circoncisiale, la syphilis des verriers, et enfin les cas dus à d'autres modes de contagion plus accidentels.

La syphilis, tout le monde le reconnaît, est une des causes les plus fréquentes de l'avortement, et quand l'enfant, engendré par des parents syphilitiques, n'est pas frappé de mort dans le sein de sa mère, il vient au monde avec le germe ou les symptômes de la syphilis héréditaire.

A Lourcine, c'est-à-dire dans un hôpital qui ne reçoit que des femmes vénériennes, mais pas toutes syphilitiques, 145 enfants ont été traités de la syphilis, pendant les deux années 1854 et 1855. Sur 85 enfants nés dans cet hôpital, en 1854 (en ne tenant pas compte sans doute des avortements), ou entrés avec leurs mères, il en est mort 24. Sur 60 enfants du même âge, en 1855, ou âgés d'un an à deux ans, il en est mort 10.

A la maternité de Lyon, le nombre des nouveau-nés syphilitiques est allé en augmentant dans ces dernières années. Il avait été de 23, en 1866, il a monté brusquement à 47, en 1867.

A la seconde clinique d'accouchement de Vienne, on a observé, pendant deux ans, 99 femmes atteintes de syphilis; sur ce nombre, un septième étaient accouchées avant terme, et sur leurs enfants, un neuvième étaient mort-nés. A Wurzbourg, la proportion des mort-nés était d'un tiers.

A l'hôpital des Enfants malades, à Londres, il y avait, en 1866, 93 garçons et 105 filles affectés de syphilis sur 1007 cas chirurgicaux vus à l'hôpital, c'est-à-dire un cas sur cinq.

Le meilleur moyen de prévenir la syphilis héréditaire, c'est de traiter et de guérir la syphilis des parents. Aussi cette forme de la maladie est-elle moins fréquente chez les nations européennes qui font appel aux soins médicaux, que dans les pays peu civilisés et spécialement chez les peuples orientaux, que leur incurie et leur fatalisme livre sans résistance à tous les dangers de la syphilis abandonnée à son cours naturel.

De l'avis de tous les chirurgiens militaires qui ont exercé la médecine au milieu des Arabes, rien n'est plus commun chez ceux-ci que les avortements et les morts prématurées dus à la syphilis héréditaire. Quelques nouveau-nés résistent, mais c'est pour traîner une existence misérable et contribuer aussi de leur côté, bien innocemment il est vrai, à propager la maladie. La syphilis est également un des grands fléaux de la Kabylie. Là encore, la transmission héréditaire de la maladie est signalée comme exerçant les plus tristes ravages, et comme une cause puissante de dégénérescence pour les populations (1).

Dans toutes les endémo-épidémies de syphilis qu'on a notées comme ayant régné accidentellement dans les campagnes pauvres, peuplées d'habitants plus misérables que débauchés, avec cette particularité que la maladie méritait véritablement dans ces cas une qualification spéciale, celle de syphilis des innocents (*syphilis insontium*), on voit aussi l'hérédité jouer un grand rôle; partout on impute à la maladie des avortements, des morts prématurées, en un mot des contagions dont les enfants sont d'abord victimes et que les survivants communiquent ensuite à leurs nourrices ou à d'autres personnes.

(1) Voy. Vincent, *Exposé clinique des maladies des Kabyles*, Paris, 1862, et Daga, *Syphilis des Arabes* (*Archives de médecine*, 6e série, t. IV, 1864, p. 158).

Les nourrices qui allaitent des enfants étrangers voués à la syphilis héréditaire, parce qu'ils sont nés de parents syphilitiques, sont très-exposées à contracter la maladie dans l'allaitement. Les plus grands risques sont pour celles qui viennent prendre leurs nourrissons dans les grandes villes, et principalement dans les maternités, où se trouvent tant d'enfants nés de parents inconnus et chez qui la syphilis héréditaire, qui est rarement apparente dans les premiers jours de la naissance, peut éclater à l'improviste pendant l'allaitement.

Ces enfants emportés à la campagne par leurs nourrices, peuvent devenir le point de départ d'une longue série de contagions successives. La nourrice infectée par son nourrisson peut communiquer le mal à son mari, à ses enfants, aux enfants du voisinage. C'est ainsi que se forment beaucoup de ces endémo-épidémies syphilitiques qui ont désolé et désolent encore certaines campagnes, qui parfois même s'y renouvellent à plusieurs reprises et finissent par amener une véritable dégénérescence de l'espèce. Il y a des pays, en France, au voisinage des grandes villes, qui fournissent à celles-ci leurs nourrices de temps immémorial. La population de ces pays a été signalée par divers économistes, dans des statistiques officielles, comme portant la trace de maux héréditaires dus à la syphilis, et précisément à cette syphilis que les nouveau-nés apportent de la ville à la campagne, qu'ils transmettent à leurs nourrices, et qui, de proche en proche et de génération en génération, finit par s'étendre à presque tous les habitants du pays, et par marquer de son sceau jusqu'à leurs descendants (1).

La vaccine, ce merveilleux préservatif d'une maladie qui décimait autrefois les populations, devient elle-même, dans certaines circonstances, un moyen de propagation de la syphilis.

(1) Voy. *Statistique générale de la France*, publiée par l'ordre de l'Empereur, département de l'Ain, par Bossi, préfet, 1 vol. in-4. Paris, 1808, p. 295.

Quand le vaccin est recueilli sur des enfants affectés de syphilis héréditaire ou sur toute autre personne syphilitique, si l'humeur vaccinale n'est pas pure, mais mêlée de sang ou d'autres humeurs imprégnées du principe contagieux de la syphilis, et qu'on pratique dans ces conditions des vaccinations ou des revaccinations, on risque de communiquer tout à la fois la vaccine et la syphilis; le virus préservateur est inoculé dans ces cas en même temps qu'un virus des plus malfaisants, et presque toujours mortel pour les vaccinés, quand ceux-ci sont des enfants en bas âge. Ces accidents sont moins rares qu'on ne croit, et il est facile de le comprendre, quand on sait que les maternités, ces grands foyers de syphilis, sont aussi les principaux centres de production du vaccin; quand on sait aussi que les revaccinations s'effectuent maintenant en masse dans l'armée et dans la marine, et que, dans le milieu où se pratiquent ces opérations, on est singulièrement exposé à faire des emprunts de vaccin à des sujets syphilitiques.

On n'en est malheureusement plus à compter les cas de transmission de la syphilis par la vaccination.

Depuis 1814, époque où les premiers faits de ce genre ont été observés, il n'y a presque pas d'année où l'on n'ait eu à déplorer de graves accidents, portant sur un nombre considérable de victimes. C'est que la syphilis transmise par la vaccination se propage en général très-activement. Il est rare que l'auteur de la contagion ne serve pas à vacciner dans la même séance un certain nombre d'individus, enfants ou adultes, à qui il communique la syphilis avec la vaccine. De ceux-ci, quand ce sont des nouveau-nés, la contagion passe bientôt aux nourrices, puis aux parents, aux voisins; et comme l'événement a lieu en général dans des campagnes où la syphilis ne régnait pas jusque-là endémiquement, tous ces faits, dont la filiation est facile à suivre, forment quelquefois un total énorme d'infections simultanées ou successives. A la suite de

quatre emprunts seulement de vaccin faits à des sujets syphilitiques, pour servir à en vacciner d'autres, on a pu compter jusqu'à 155 enfants atteints de syphilis vaccinale, et un nombre de contagions successives qui portait le nombre total des sujets infectés à près de 300.

Tous les pays ont payé leur tribut à ce mode de propagation de la syphilis, mode insidieux, longtemps méconnu malgré les avertissements venus de divers côtés, mais tel heureusement qu'on peut dire qu'il suffit presque d'être en garde contre lui pour éviter ses atteintes. Des endémo-épidémies de syphilis vaccinale ont été observées en France, à Paris, à Cherbourg, à Vannes, dans les hôpitaux, dans l'armée. Les plus nombreuses, les plus mémorables sont celles d'Italie (de Rivalta, de Lupara, de Bergame). Il y en a eu en Allemagne qui ont donné lieu à des procès suivis de condamnations malheureuses ; il y en a eu aussi en Algérie, en Angleterre, aux États-Unis. Il n'en fallait pas tant pour que le Congrès fût autorisé à porter son attention de ce côté et à chercher à prévenir le retour de pareils accidents (1).

La circoncision, telle qu'elle est encore pratiquée dans certaines communautés juives et musulmanes, est également susceptible de donner à la maladie, en raison du nombre parfois très-considérable des transmissions, le caractère d'une véritable épidémie. C'est ce qui est arrivé à Paris, où l'on a vu un grand nombre d'enfants israélites, circoncis par le même opérateur, présenter tous, à un moment donné, les mêmes symptômes de syphilis.

Dans la circoncision, l'opérateur peut transmettre accidentellement la syphilis au moyen de ses instruments. Quand il

(1) Voy. Viennois, *De la transmission de la syphilis par la vaccination* (*Archives de médecine*, juin 1860) ; *Examen des opinions émises par M. Ricord à l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1862 ; et *Communication orale faite au Congrès de Lyon*, 1864 ; *De la syphilis vaccinale, communications à l'Académie de médecine*, 1 vol. in-8. Paris, 1865.

vient de faire la section du prépuce à un enfant malade, s'il opère immédiatement d'autres enfants, l'instrument peut faire passer la maladie du premier opéré aux suivants, à peu près comme cela a lieu dans la vaccination. Mais le plus grand danger n'est pas là.

Il y a des rites religieux suivant lesquels le circonciseur, après la section du prépuce, doit porter à sa bouche l'organe saignant de l'enfant, et étancher le sang au moyen de la *succion*. Que le circonciseur vienne d'opérer un enfant affecté de syphilis héréditaire, combien ne risque-t-il pas de reporter ainsi la syphilis sur les enfants qu'il va circoncire après le premier ! Peut-on imaginer rien de plus favorable à l'inoculation que cette plaie saignante de l'enfant sur laquelle le circonciseur vient déposer le virus avec la bouche ? Notez que cet homme peut non-seulement faire passer la syphilis d'un enfant à un autre par le mécanisme de la contagion médiate, mais encore la contracter lui-même et la communiquer ensuite directement.

La circoncision, personne ne l'ignore, est originaire de l'ancienne Égypte. Il est probable que c'est aux Égyptiens que le peuple juif a emprunté cette opération. Le Coran, en grande partie calqué sur la loi hébraïque, a aussi prescrit cette pratique. Dans le principe, la circoncision dut être une mesure hygiénique adoptée dans un but de salubrité. C'est ainsi qu'elle a été présentée par un membre du Congrès (M. Cohen), qui la considère comme un bon moyen de prévenir le développement des maladies vénériennes. Pour cette raison, et aussi parce que cette opération a pris un caractère particulier, en devenant une espèce de baptême, et comme le sceau de la secte religieuse, on ne peut pas songer à l'abolir, mais il n'est pas impossible de faire adopter dans la pratique un procédé opératoire inoffensif (1).

(1) Voy. Ricord, *Lettres sur la syphilis*, Paris, 1851, p. 99, et Tardieu, *Etudes sur les maladies provoquées ou communiquées*, 1864, p. 111.

La bouche, qui est le siége de prédilection des accidents syphilitiques secondaires, peut transmettre la contagion dans bien d'autres circonstances; et, qui le croirait? grâce à la facilité avec laquelle la syphilis se communique dans les rapports de bouche à bouche, cette maladie est inhérente au travail professionnel d'une de nos plus grandes industries, celle de la fabrication du verre.

Les ouvriers qui soufflent le verre ne travaillent pas isolément; ils sont réunis par série de trois, et chacun des trois collaborateurs souffle alternativement avec la plus grande force dans un long tube en fer, appelé *canne*, ayant la forme d'une queue de billard, et cela très-rapidement, sans intervalle et sans la moindre perte de temps.

L'infection syphilitique peut donc se faire avec la plus grande facilité entre ces trois individus, dont plusieurs ont l'âge et souvent les habitudes qui exposent le plus à contracter la syphilis par les voies ordinaires. Une fois atteints par la contagion, ces individus ne tardent pas à avoir des accidents syphilitiques à la bouche et à l'arrière-bouche, car le soufflage du verre appelle pour ainsi dire les localisations morbides de ce côté. C'est alors que la maladie passe d'un souffleur à l'autre dans le travail professionnel commun. La syphilis gagne parfois l'usine tout entière, et peut même passer d'une usine infectée dans une ou plusieurs autres.

C'est seulement en 1858 que les premiers cas de transmission de la syphilis par le soufflage du verre ont été signalés par un de vos rapporteurs (M. Rollet). Depuis lors, on a pu voir combien les verreries étaient des foyers dangereux d'infection syphilitique.

A Lyon, il entre annuellement, dans les salles de l'Antiquaille, une dizaine de verriers avec des symptômes de contagion gagnée par la bouche. Ces ouvriers viennent des différentes verreries des départements du Rhône et de la Loire. Mais bon nombre de ces malades n'entrent pas à l'hospice et se font

traiter aux consultations de la ville; d'autres, pères de famille, restent dans leur localité et reçoivent des soins chez eux. Aussi les cas de ce genre paraissent-ils de plus en plus multipliés, à mesure qu'on les observe plus attentivement et qu'on sait mieux les reconnaître. Il n'y a peut-être pas de verreries en France où la contagion syphilitique n'ait régné à un moment donné ; il y en a où elle existe pour ainsi dire en permanence. On a cité comme infectées, non-seulement les verreries de Lyon, de Givors et de Rive-de-Gier, mais encore celles de Montluçon, de Chagny, de Blanzy, de Meaux, de Châlons, de Lamothe, de Saint-Bérain. Les individus exposés à la contagion syphilitique par leur profession de verriers, sont plus nombreux qu'on ne croit. Les ouvriers qui soufflent le verre ne sont pas seulement ceux qui font les bouteilles, mais ceux qui font les vitres et tous les produits analogues. La fabrication du verre est grande dans les pays vinicoles, comme la France, l'Italie et l'Espagne; elle n'est pas moins considérable en Angleterre, en Belgique, en Allemagne, même en Russie.

Des usines, la contagion ne tarde pas à passer dans les familles. Les ouvriers mariés, après avoir reçu la maladie de leurs camarades célibataires, la communiquent à leurs femmes, à leurs enfants, à leurs proches. Il y a donc, dans ces endémo-épidémies professionnelles, à faire aussi la part des contagions successives, si l'on veut se rendre compte de toute l'étendue du mal (1).

(1) Voy. Rollet, *Études cliniques sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire, et spécialement sur le chancre du mamelon et de la bouche* (*Archives de médecine*, février et mars 1859, p. 319). — Viennois, *De la syphilis contractée par les ouvriers verriers dans l'exercice de leur profession* (*Congrès médico-chirurgical de France*, 1863, p. 75). — Dechaux, *Epidémie de syphilis chez les verriers de Montluçon* (*Gazette médicale de Lyon*, juin 1867, et *Académie impériale de médecine*, 1868). — Tavernier, *Rapport sur la prophylaxie de la syphilis des verriers*, fait au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département du Rhône au nom d'une commission composée de MM. Arthaud, Rollet et Tavernier. (Les conclusions de ce rapport ont été reproduites par M. Garin, *Police sanitaire*, 1866, p. 174.)

La syphilis se transmet souvent aussi par la communauté des objets usuels : l'usage de la même cuiller, du même verre, de la même pipe. On l'a vue transportée d'un individu à un autre par des instruments de chirurgie (cathéters, scarificateurs, rasoirs), et dans les circonstances les plus imprévues. La tatouage, toujours en usage dans nos populations urbaines, est encore un des modes insidieux de la contagion syphilitique. Plusieurs chirurgiens militaires ont cité des cas de syphilis dus à cette cause, observés en Afrique, où cette habitude est très-répandue.

Nous donnons ces indications pour qu'on sache bien à quelle maladie on a affaire, et quelle variété de moyens de prophylaxie elle peut exiger.

Parmi ces moyens, il y en a dont la prescription ne peut émaner directement des gouvernements, et qui ont besoin du patronage et sont de la compétence exclusive des hommes spéciaux. Mais il ne faut pas oublier que l'administration peut intervenir dans tous les cas indirectement, en faisant appel aux comités consultatifs d'hygiène publique dont les gouvernements sont presque tous pourvus.

Il y aurait en premier lieu à faire adopter la visite sanitaire par tous les ouvriers verriers. Nous avons dit plus haut que, pour être efficaces, les visites de cette nature devaient être suivies de l'internement des malades dans les hôpitaux. Les verriers font exception à la règle, en ce sens qu'avec eux la question de prophylaxie de la syphilis est pour ainsi dire restreinte à la salubrité de l'usine. Il faut d'abord assainir l'atelier, c'est-à-dire empêcher que la maladie se communique entre ouvriers au moyen de l'instrument de travail. La visite suffit pour obtenir ce résultat, car rien n'empêche d'interdire l'usage de la *canne* à tout ouvrier trouvé malade. Il est vrai qu'en dehors de l'usine le malade, resté libre, pourra communiquer la contagion comme tout autre sujet syphilitique abandonné à lui-même ; mais, encore une fois, le plus urgent est

d'éteindre ces foyers de syphilis dont les verreries ont si souvent à subir les désastres. On ne comprendrait vraiment pas qu'à notre époque, dans un temps où l'industrie se flatte avec raison d'avoir fait tant de progrès, le travail professionnel continuât à être livré aux risques d'une pareille contagion et ne se débarrassât pas au plus vite, par un procédé ou par un autre, d'une cause d'insalubrité si flagrante.

Il y aurait, en second lieu, au sujet de la syphilis des circoncis, à faire une enquête générale sur la manière dont s'opère la circoncision au milieu de toutes les populations musulmanes et israélites. La *succion*, autrefois en usage à Paris, a été abolie par le consistoire israélite à la sollicitation d'un de nos plus éminents collègues (M. Ricord), mais elle est probablement pratiquée ailleurs par la majorité des circonciseurs.

Les gouvernements devraient donc s'entendre pour faire abolir partout un procédé opératoire aussi grossier et aussi dangereux.

Tous les pays y sont intéressés ; il n'y en a pas, en effet, qui ne compte une certaine proportion d'Israélites dans sa population. La France a des motifs particuliers pour ne pas rester indifférente dans cette question, car la circoncision est très-répandue dans ses possessions d'Afrique, où elle a été signalée comme un mode fréquent de transmission de la syphilis chez les Arabes et chez les Kabyles. Enfin, les idées européennes, surtout les idées de salubrité, sont assez bien accueillies maintenant des Orientaux, et l'influence des gouvernements d'Europe est assez grande à Constantinople pour qu'on puisse obtenir des Musulmans, non pas la suppression, mais le perfectionnement et la réforme d'une opération qui a d'ailleurs été pratiquée et qui se pratique encore de bien des manières différentes.

Il existe un moyen infaillible de prévenir la transmission de la syphilis par la vaccination, il consisterait à ne vacciner

jamais qu'avec le *cow-pox*. Les gouvernements devraient encourager de tout leur pouvoir ce mode de vaccination animale, tiré de l'oubli par un de nos collègues (M. Palasciano). Mais il n'est pas probable que les médecins consentent à abandonner tout à fait le vaccin humain, qui peut d'ailleurs, avec des précautions bien connues, être inoculé impunément.

Il convient aussi qu'en vue des dangers de la transmission de la syphilis des nourrissons aux nourrices, et réciproquement, l'administration impose, dans chaque pays, aux bureaux des nourrices des obligations préventives, telles que visite de médecin, surveillance, rapports périodiques.

Il y a, à Lyon, à l'Antiquaille, une crèche spéciale pour les nourrices et les nouveau-nés syphilitiques. Le service des nourrices dispose de 8 lits et d'un nombre égal de berceaux ; celui des enfants a 36 berceaux. Cette crèche a reçu, en 1867, 171 enfants et 24 nourrices. C'est une institution bonne à recommander aux administrations hospitalières des grandes villes ; car si les hôpitaux doivent être libéralement ouverts aux vénériens, n'est-ce pas surtout aux victimes innocentes et si souvent sacrifiées de la syphilis héréditaire ?

Relativement aux mesures à prendre pour prévenir le plus possible la transmission héréditaire de la syphilis, il fallait d'abord faire justice d'une proposition inopportune. Il y a des médecins légistes qui, frappés des dangers de toute nature que les mariages entachés de syphilis font courir aux époux, aux nouveau-nés, aux nourrices, à la société tout entière, n'ont pas hésité à demander une loi qui fît de la syphilis un motif d'opposition au mariage, une cause de nullité de cet acte, ou au moins un cas de séparation de corps. Le Congrès ne partage pas cet avis ; il croit qu'une pareille loi aurait de grands inconvénients, et présenterait de telles difficultés d'application qu'il faut absolument renoncer à ce système de prophylaxie. D'ailleurs, une loi de ce genre ne tendrait à préserver que les enfants légitimes, et l'on n'ignore pas que c'est sur les enfants

naturels, dans les maternités, que la syphilis héréditaire fait le plus de ravages.

En dehors des mesures administratives dont nous venons de parler, il n'y a plus, pour prévenir la syphilis, que les moyens de préservation et de défense dont la mise en œuvre ne peut qu'être laissée aux familles elles-mêmes et aux individus, et qu'il est néanmoins du devoir de l'administration de faire connaître aux intéressés.

La syphilis comporte un certain nombre de ces moyens de prophylaxie familiale ou privée, tels que : précautions et soins hygiéniques, moyens préservatifs, traitements préventifs. De plus, en tant que maladie grave, causant un préjudice sérieux aux individus à qui elle est transmise, elle soulève souvent des questions de responsabilité diversement appréciées par les tribunaux ; snr tous ces points et sur d'autres encore, le public et les médecins eux-mêmes ont besoin d'être fixés mieux qu'ils ne le sont. Or, c'est aux comités consultatifs d'hygiène publique, comme nous le disions plus haut, qu'il appartient de rédiger les instructions nécessaires pour éclairer partout l'opinion, et pour prévenir plus complétement la contagion en la faisant connaître sous toutes ses formes.

Il y a un comité ainsi constitué, en France, près du ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics. Il est chargé des mesures à prendre pour prévenir et combattre les maladies épidémiques et contagieuses, et pour améliorer les conditions sanitaires des populations manufacturières et agricoles. Ce comité, qui a un caractère officiel et une haute autorité, a plusieurs fois rédigé, sous le nom d'*Instructions populaires* ou d'*Instructions particulières pour les médecins*, de véritables traités d'hygiène appliquée à des maladies déterminées, telle que la suette, le choléra, le typhus, la rage. En général, ces instructions sont claires, précises, faciles à mettre en pratique, fermées aux notions transcendantes ou incertaines. C'est une sorte de catéchisme, où ne trouvent place que

les vérités essentielles. C'est par le moyen de ces instructions, rédigées les unes pour les populations, les autres pour les médecins, adressées à tous les services sanitaires, aux conseils d'hygiène, aux comités de vaccine, en un mot circulant par les mille canaux dont dispose l'administration, que nous voudrions voir propager les vrais principes de prophylaxie des maladies vénériennes en général, et de la syphilis en particulier.

Il n'y a pas de déguisement à prendre ni de fausse pudeur à ménager ; il faut dire toute la vérité. Il est absolument nécessaire que le public sache à quoi s'en tenir sur ces maladies ; d'abord parce qu'on évite le danger d'autant plus sûrement qu'on le connaît mieux, et en second lieu parce que les gouvernements ont tous besoin d'avoir avec eux l'opinion dans cette campagne contre la syphilis, où il y a tant de maux à prévenir, mais aussi tant de préjugés à vaincre !

Telles sont, messieurs, les propositions faites au Congrès sur la prophylaxie publique et internationale des maladies vénériennes. Il y en a d'autres auxquelles le Congrès a prêté une bienveillante attention, mais auxquelles il ne saurait s'associer, et dans le nombre nous ne devons pas oublier de citer la *syphilisation*, qui a été longuement discutée aux séances de cette assemblée et réduite à sa juste valeur par un de nos collègues (M. Jaccoud), secrétaire général du Congrès. Celles que nous venons de passer en revue sont les seules qui aient eu l'approbation générale, et qui rentrent dans la catégorie des mesures que nous pouvons, et même que, pour être fidèles jusqu'au bout à notre mandat, nous devons présenter aux divers gouvernements comme les plus propres à restreindre la propagation des maladies vénériennes.

Ces propositions, nous venons de vous les exposer assez brièvement pour que nous soyons dispensés de vous les résumer en finissant.

D'ailleurs, il reste à déterminer le mode suivant lequel les

mesures approuvées par le Congrès seront proposées à l'adoption des gouvernements. Cette question a été soulevée dans la première séance de la commission, et il a été décidé que, pour mettre ceux-ci plus directement en demeure de se prononcer sur l'opportunité de ces mesures, nous demanderions qu'une commission internationale fût officiellement désignée à l'effet d'examiner les propositions du Congrès, et de prendre à leur égard des déterminations communes et des résolutions exécutoires. En cela, nous ne ferions que suivre des précédents bien connus, et demander pour la syphilis ce qui a été fait naguères pour la peste, la fièvre jaune et le choléra. C'est une conférence formée par les délégués de la plupart des États européens, réunis à Paris, qui a arrêté le projet de convention et de règlement sanitaire international de 1853. Une autre conférence internationale réunie, en 1866, à Constantinople, s'est occupée spécialement, et jusqu'à ce jour avec le plus grand succès, des mesures à adopter pour prévenir de nouvelles importations du choléra en Europe (1).

Mais à qui appartient-il de prendre l'initiative de cette convocation ? En d'autres termes, quel est le gouvernement le plus naturellement désigné pour faire appel à tous les autres, et quel est celui, par conséquent, à qui le Congrès présentera sa demande ? Il n'y a pas à hésiter sur ce point, le Congrès médical international de Paris doit s'adresser au gouvernement français, qui l'a pris sous son patronage et lui a donné une si cordiale hospitalité.

Ainsi donc, messieurs, la conclusion générale du rapport, celle sur laquelle nous vous demandons de voter expressément,

(1) C'est à la suite de longues négociations et à l'instigation de M. de Ségur-Dupeyron, et en dernier lieu de M. Mêlier, que s'est réunie la conférence sanitaire de 1853. La réunion de celle de 1866 est due à l'initiative de S. M. l'Empereur Napoléon III. — Voy. *Le choléra, étiologie et prophylaxie, exposé des travaux de la conférence sanitaire internationale de Constantinople*, par A. Fauvel, inspecteur général des services sanitaires, 1 vol. in-8. Paris, 1868.

c'est qu'il y a lieu pour vous de présenter une adresse à M. le ministre des affaires étrangères de France, le priant de convoquer et de réunir une commission internationale, chargée de régler la prophylaxie des maladies vénériennes conformément aux propositions qui précédent, et qui ont reçu l'approbation du Congrès médical international de 1867.

(*La commission du Congrès a adopté les conclusions du rapport, dans sa séance du* 30 *avril* 1869, *et elle a chargé les deux rapporteurs de rédiger l'adresse au Ministre.*)

INFLUENCE

DES

MALADIES DU TESTICULE ET DE L'ÉPIDIDYME

SUR LA COMPOSITION DU SPERME (1)

PAR LIÉGEOIS,
Chirurgien à l'hôpital du Midi.

Les testicules étant les organes sécréteurs des spermatozoïdes, on comprend que toute désorganisation complète de leur parenchyme, quelle qu'en soit la cause, abolisse à tout jamais leur fonction, et que, dans ce cas, le sperme éjaculé doive être privé de spermatozoïdes. Godard s'en est assuré un certain nombre de fois; de plus il a fait la remarque que, chez ces sujets, l'éjaculation se réduisait à une ou deux gouttes de liquide. La désorganisation partielle des deux testicules amenée par des productions cancéreuses, tuberculeuses, kystiques ou cartilagineuses, est même le plus souvent accompagnée d'aspermatozie. L'examen des tubes séminipares en apparence intacts et refoulés excentriquement par la production nouvelle vers la tunique albuginée, ne m'a pas démontré dans trois cas de cancer ni filaments spermatiques, ni cellules aptes à leur donner naissance.

D'après Godard, des sujets qui n'auraient qu'un seul testicule tuberculeux seraient inféconds, quoique l'autre testicule

(1) Ce travail est extrait textuellement d'un mémoire lu à la Société de chirurgie, dans lequel l'auteur étudie successivement : 1° l'influence des maladies aiguës et chroniques sur la composition du sperme; 2° l'influence des maladies du testicule et de l'épididyme ; 3° l'influence des lésions péri-testiculaires et péri-épididymaires ; 4° l'influence des maladies du cordon ; 5° l'influence de la spermatorrhée.

fût intact. Leur sperme serait complétement privé de spermatozoïdes. Ce caractère permettrait, selon cet auteur, de distinguer le testicule tuberculeux de l'orchite chronique; dans le premier cas, le liquide éjaculé serait complétement privé des éléments fécondants ; dans le second cas, il en renfermerait une quantité variable. Godard pense aussi que, quand une affection testiculaire est de nature tuberculeuse, la stérilité et, par cela même, l'absence de spermatozoïdes dans le sperme précède de un à deux ans le développement de la lésion.

Avant Godard, M. Gosselin avait déjà constaté l'absence de filaments spermatiques dans un testicule d'un sujet, quand l'autre était tuberculeux ; mais cet auteur n'avait pas arrêté davantage son attention sur ce fait. D'autre part, M. Mantegazza, ne connaissant point l'opinion émise par Godard, rapporte comme un *cas singulier* celui d'un individu qui avait un tubercule ramolli dans un épididyme, tandis que l'absence des zoospermes s'observait aussi dans le testicule qui n'était pas tuberculeux ; toutefois, comme les deux dernières observations que nous venons de citer ont été faites sur le sperme d'individus morts, il ne serait pas impossible que, dans ces deux cas, la suppression de la sécrétion fût due à la maladie qui a amené la mort, la sécrétion n'ayant été que diminuée sous l'influence exclusive de la lésion. Jusqu'ici je n'ai pu recueillir du liquide spermatique que chez un seul sujet possédant un testicule tuberculeux. Il s'agissait d'un individu de vingt-huit ans, atteint de fistules s'ouvrant sur la face externe du scrotum gauche, et aboutissant à des noyaux épididymaires durs, bosselés, datant de cinq ou six ans. Ce sujet paraissait de bonne constitution et ne présentait aucun signe de tubercules pulmonaires; ses facultés viriles étaient notablement diminuées depuis l'apparition de sa tumeur. Son sperme, dont la quantité était de $1^{gr},50$, contenait des spermatozoïdes, mais en très-petit nombre, cinq à dix à chaque préparation. Cette observation prouve donc que la présence de tubercules dans un seul testicule n'abolit pas

toujours la sécrétion spermatozoïque du côté opposé, mais elle tend aussi à démontrer aussi que quand cette sécrétion persiste, elle se fait dans des limites très-restreintes.

Toutes les affections qui s'accompagnent de l'oblitération des deux canaux épididymaires empêchent nécessairement l'excrétion spermatique et privent par conséquent le sperme éjaculé de spermatozoïdes. C'est à M. Gosselin que revient l'honneur d'avoir le premier démontré la réalité de ces oblitérations, surtout dans les cas d'épididymites, et d'avoir le premier signalé la stérilité comme une des conséquences qu'elles entraînaient avec elles. Dans un premier mémoire lu à l'Académie de médecine, M. Gosselin fit voir qu'à la suite de toute épididymite, l'épididyme était oblitéré, que cette oblitération empêchait le passage des liquides même les plus ténus, et que, malgré cela, le sperme n'était pas moins sécrété avec tous ses caractères physiologiques. Il fit voir de plus que, stagnant en deçà du rétrécissement, cette humeur dilatait les conduits dans lesquels elle s'était arrêtée. Dans un second mémoire, cet auteur signala que la sécrétion spermatique persistait même au bout de quatorze mois sur des chiens auxquels il avait lié les deux canaux déférents. Dans ce même mémoire, il corrobora les résultats précédemment annoncés, en indiquant que tout individu atteint de double épididymite éjaculait un sperme privé de spermatozoïdes ; de plus, il fit remarquer que ces oblitérations pouvaient n'être que temporaires, le rétablissement des voies spermatiques pouvant se faire au bout d'un certain temps et avec lui le retour de l'éjaculation d'un sperme doué de tous ses caractères normaux.

Les observations que M. Gosselin a recueillies sont au nombre de vingt ; elles sont divisées en deux catégories. Dans la première catégorie, qui comprend quinze sujets, les épididymites remontaient de quelques semaines à quelques mois ; presque tous conservaient une induration épididymaire ; rien ne paraissait modifié dans leurs fonctions génitales ; aucun changement

n'existait ni dans la coloration, ni dans l'odeur du sperme, ni dans les éléments habituels de ce liquide, si ce n'est dans les spermatozoïdes. Sur ces quinze sujets, le rétablissement des voies spermatiques s'opéra sur deux ; chez l'un, au bout de huit mois après la deuxième épididymite, la première ayant eu lieu il y avait six ans; chez l'autre, au bout de six mois après la deuxième épididymite, la première ayant eu lieu il y avait onze mois. Les treize autres malades de cette catégorie avaient été perdus de vue; chez l'un d'eux, la première épididymite remontait à trente années, chez un autre à cinq années, chez un troisième à une année. L'absence des spermatozoïdes constatée dans le sperme de ces treize sujets coïncidait toujours avec un noyau d'induration épididymaire, tandis que leur présence chez les deux premiers coïncidait avec la disparition de ce noyau.

La seconde catégorie comprend cinq individus ayant eu deux épididymites, l'une à droite, l'autre à gauche, plusieurs années auparavant. Chez l'un, les épididymites remontaient à vingt années ; d'un côté une induration persistait, de l'autre elle manquait. Le sperme contenait des spermatozoïdes. Chez les quatre autres, les épididymites remontaient à cinq ans, dix ans, six ans, quatre ans. Dans ces quatre cas, les épididymes étaient indurés, les spermatozoïdes n'existaient pas dans le sperme.

De toutes ces observations, M. Gosselin conclut : *Qu'à la suite d'une épididymite bilatérale, les malades peuvent à la rigueur retrouver, avec toutes les qualités viriles, les qualités qui assurent la fécondité du sperme, mais que cette affection peut aussi être suivie de la disparition prolongée et probablement définitive des spermatozoïdes, et, par conséquent, de l'infécondité.*

Dans les additions faites par M. Gosselin au Traité de Curling sur les maladies du testicule, M. Gosselin rapporte cinq nouvelles observations recueillies depuis son dernier mémoire. Dans deux d'entre elles, les spermatozoïdes, après avoir man-

qué pendant plusieurs mois, ont reparu. Dans un troisième cas, il n'a pas trouvé de spermatozoïdes, mais il a perdu le malade de vue. Dans les deux derniers cas, il s'agit d'individus qui, ayant eu des épididymites bilatérales dans leur jeunesse, et ayant conservé une induration de chaque côté, sont venus le consulter après plusieurs années de mariage pendant lesquelles ils n'avaient pas eu d'enfants. Leur sperme était absolument dépourvu de spermatozoïdes.

Dans ses recherches sur le sperme des vieillards, M. Duplay a constaté six fois l'oblitération simple des voies spermatiques avec dilatation de la portion située en arrière du point oblitéré. Chez ces sujets, les spermatozoïdes manquaient dans les vésicules correspondant au côté de l'épididyme oblitéré, tandis qu'ils existaient de l'autre côté. Ayant examiné chaque fois le liquide contenu dans les portions dilatées du canal, M. Duplay n'a pu trouver une seule fois dans ce liquide de spermatozoïdes.

Godard, dans une note contenue dans ses *Études sur la monorchidie et la cryptorchidie*, dit qu'il a constaté l'absence de spermatozoïdes dans le liquide éjaculé de trente-cinq sujets atteints de doubles épididymites. Il dit aussi que souvent il a remarqué que le noyau épididymaire disparaissait, quoique cependant les voies spermatiques fussent fermées et l'individu impropre à la fécondation. Il insiste, pour le cas où la maladie siége des deux côtés, sur la nécessité de faire résorber promptement l'épanchement plastique qui donne lieu à l'induration, existant, selon lui, tantôt dans le tissu cellulaire lâche qui entoure l'épididyme et le commencement du canal déférent, tantôt entre les différentes couches anatomiques de ce canal, plus rarement dans son intérieur. Et il ajoute : « Par un traitement suivi avec soin (iodure de potassium *intus et extra*, purgatifs, etc.), nous avons fait disparaître complétement des noyaux épididymaires doubles datant de plus de dix ans. Enfin, dit-il, chez le nommé Bertrand, dont nous avons lu l'observa-

tion à la Société de biologie en juin 1856, non-seulement nous avons fait disparaître des noyaux épididymaires complétement d'un côté, incomplétement du côté opposé, mais encore nous avons guéri une stérilité qui datait de dix-huit mois, et, à plusieurs reprises, nous avons constaté le retour des spermatozoïdes dont l'absence avait été notée plusieurs fois avant et pendant une partie de la durée du traitement. »

Godard s'occupa aussi de l'état des vésicules séminales chez les individus atteints d'épididymite blennorrhagique. En 1856, il rendait compte à la Société de biologie de l'autopsie de deux sujets placés dans cette condition et morts de péritonite, l'un vingt jours après son entrée à l'hôpital, l'autre dix-huit jours. Chez l'un et l'autre, les vésicules séminales du côté correspondant au testicule malade étaient notablement moins volumineuses que celles du côté opposé, elles avaient subi une sorte de ratatinement en longueur et en largeur. De plus, le liquide contenu dans la vésicule dont la capacité était diminuée ne contenait pas de spermatozoïdes, tandis que l'autre en renfermait. Et Godard conclut, qu'une vésicule séminale s'atrophie incomplétement, il est vrai, quand elle cesse de recevoir le liquide sécrété par le testicule.

Godard, enfin, dans une de ses notes, a signalé la possibilité de l'oblitération épididymaire par l'accumulation du phosphate de chaux dans les circonvolutions de la terminaison de l'épididyme ou de l'origine du canal déférent, cette lésion pouvant donner lieu à un spermatocèle, tout comme l'épanchement plastique issu d'un état inflammatoire de ces parties.

Curling ne croit pas à la fréquence des oblitérations épididymaires. « Mes observations, dit-il, me portent à douter que dans l'épididymite, et, par suite de l'organisation de la lymphe plastique épanchée autour des circonvolutions du canal de l'épididyme et dans son intérieur, l'obstacle au cours du sperme ait lieu, soit temporairement avant la disparition de l'induration, soit définitivement, aussi souvent que les recherches de

M. Gosselin pourraient le faire croire. Je ne puis, ajoute-t-il, apporter des documents semblables aux siens, mais j'ai rencontré plusieurs cas de double épididymite avec tuméfaction et induration considérable sans que les individus aient perdu leur pouvoir fécondant. La rareté de ces oblitérations dans ma pratique personnelle peut s'expliquer par les soins que j'ai pris pour en éviter la production. »

Dans son précis iconographique des maladies vénériennes, M. Cullerier est porté à penser qu'on a exagéré l'influence des oblitérations dans les cas d'épididymites. Cette théorie lui semble un peu trop mécanique, et il croit que l'inflammation du testicule doit produire surtout des effets fâcheux sur la sécrétion du liquide spermatique.

Enfin la plupart des syphiliographes parlent dans le même sens que M. Gosselin, sans cependant relater aucune observation à l'appui et sans dire dans quelles proportions, même approximatives, se fait le rétablissement des voies épididymaires; tels sont MM. Rollet, A. Martin, Langlebert. M. Fournier, cependant, est affirmatif sur ce point. « L'oblitération de l'épididyme est temporaire dans l'énorme majorité des cas, mais pouvant aussi devenir persistante et définitive. »

D'après cet historique que j'ai cherché à faire aussi fidèlement que possible, il est facile de voir que les opinions sont encore partagées, tant sur la fréquence du rétablissement des voies spermatiques dans les cas d'épididymites doubles, que sur l'influence de la conservation ou de la disparition de l'induration dans les mêmes circonstances. Tandis que M. Gosselin et surtout Godard ont de la tendance à regarder comme exceptionnel le retour de la perméabilité du canal épididymaire, MM. Curling et Fournier pensent qu'il est la règle. Tandis que M. Gosselin paraît croire que le rétablissement des voies spermatiques coïncide toujours avec la disparition du noyau d'induration épididymaire, Curling croit que le sperme peut parcourir encore les conduits excréteurs, malgré l'induration

du tissu qui les enveloppe, et Godard admet que même avec la disparition de l'induration la rétention du sperme en deçà du point primitivement altéré pour demeurer définitive. Mes observations, j'espère, concourront à élucider ces divers points en litige.

Les sujets atteints d'épididymites doubles, et dont j'ai pu étudier le sperme, sont au nombre de vingt-huit. Je les rangerai en deux catégories. Dans l'une, je placerai les sujets chez lesquels la première épididymite remontait au delà d'une année, la seconde épididymite ayant pu exister à des époques variables. Dans l'autre catégorie, je placerai les sujets chez lesquels la première épididymite remontait à quelques semaines ou à quelques mois seulement. Dans chacune de ces catégories se trouve le même nombre de sujets, 14; les dates des épididymites sont consignées dans le tableau suivant :

1re *catégorie.*

Date de la 1re épididymite.	Date de la 2e épididymite.
15 ans	10 ans.
19 ans	19 ans.
16 ans	14 ans.
14 ans	12 ans.
14 ans	10 ans.
12 ans	5 semaines.
10 ans	6 mois.
6 ans	6 ans.
5 ans	5 ans.
2 ans	1 an.
2 ans	1 an.
2 ans	1 mois.
1 an	45 jours.
1 an	30 jours.

2e *catégorie.*

Date de la 1re épididymite.	Date de la 2e épididymite.
1 mois	20 jours.
6 mois	3 semaines.
4 mois	15 jours.
4 mois	20 jours.
4 mois	20 jours.
3 mois	17 jours.
3 mois	50 jours.

2ᵉ *catégorie (suite).*

Date de la 1ʳᵉ épididymite.	Date de la 2ᵉ épididymite.
2 mois	3 semaines.
7 semaines	25 jours.
7 semaines	15 jours.
6 semaines	3 semaines.
35 jours	30 jours.
30 jours	8 jours.
15 jours	15 jours.

Chez ces 28 malades, 21 n'avaient point de spermatozoïdes dans leur sperme; je crois inutile de rapporter les observations de ces derniers. 7 avaient des spermatozoïdes. Parmi ces 7 sujets, 4 se trouvent dans la première catégorie, 3 dans la seconde.

Telles sont les observations des 4 sujets de la première catégorie :

Obs. I. — M. X..., de constitution moyenne, a eu une épididymite blennorrhagique à droite il y a dix ans, une épididymite gauche il y a six mois. Cette dernière était arrivée à la suite d'un excès de coït (cinq rapports conjugaux en deux nuits). Lors de mon examen, l'induration était encore notable à droite; elle était peu prononcée à gauche. La quantité de sperme était considérable (5 gr.), sa coloration opaline, sa viscosité moyenne, sa transparence assez grande. Au microscope, je trouvais des spermatozoïdes à petites têtes et à longues queues, au nombre de dix à quinze, sous chaque champ. Il existait de plus des leucocytes en petite quantité, quelques cellules épithéliales.

Obs. II. — M. X..., âgé de trente-trois ans, est de bonne constitution. Il a eu une blennorrhagie il y a sept ans; vingt mois après, il a été pris d'épididymite double à la suite d'une course à cheval. A partir de cette époque, ses facultés viriles ont notablement diminué. Les deux épididymes sont augmentés de volume et notablement indurés. La quantité de sperme est de 1ᵍʳ,50. Ce liquide est visqueux, d'aspect laiteux ; les spermatozoïdes sont en quantité considérable (de 150 à 200) sous le champ du microscope (290 diamètres). On trouve aussi quelques leucocytes, d'assez nombreuses granulations graisseuses.

Obs. III. — M. X..., âgé de trente et un ans, de bonne constitution, fut atteint d'une épididymite blennorrhagique il y a deux ans, à droite. Depuis un an est survenu à gauche une hydrocèle pour laquelle la ponction et l'injection iodée sont pratiquées. Après la ponction, je constate que l'épididyme est très-notablement induré et augmenté de volume du côté de l'hydrocèle ; de l'autre côté, l'épididyme ne paraît pas aug-

menté, mais il est manifestement induré. Le sperme est très-visqueux ; on trouve des spermatozoïdes, au nombre de 15 à 20, sous le champ du microscope, ainsi que quelques cellules épithéliales, de rares granulations graisseuses.

Obs. IV. — M. X..., âgé de vingt-quatre ans, de bonne constitution, est entré à l'hôpital pour un chancre induré. Il y a cinq ans, il a eu une épididymite double, survenue pendant une blennorrhagie et à la suite d'un long voyage à pied. Cet homme a été traité dans le service de M. Puech par l'emplâtre de Vigo. Au bout de dix jours, la guérison s'était effectuée, et le malade quittait le Midi. Aujourd'hui les deux épididymes sont complétement normaux, ne présentant ni augmentation de volume ni induration. Les testicules sont de grosseur moyenne. Ce sujet a conservé depuis ses deux épididymites toutes ses facultés viriles, et a eu, il y a deux ans, avec une maîtresse avec laquelle il vivait maritalement, deux jumeaux. Son sperme est abondant ($4^{gr},50$), odorant, peu visqueux. On trouve, sous le champ du microscope, 150 à 200 spermatozoïdes, des cristaux de phosphate de magnésie, des leucocytes, des sympexions.

Telles sont les observations des 3 sujets de la seconde catégorie :

Obs. V. — M. X..., âgé de dix-neuf ans, de bonne constitution, est entré depuis quinze jours à l'hôpital pour une épididymite droite, survenue à la suite de masturbations fréquentes. Au bout de quatre jours, l'épididymite gauche se prit ; ce sujet n'a eu aucun écoulement uréthral. La résolution de l'inflammation des deux côtés fut rapide. A sa sortie, quinze jours après le début de sa première orchite, le gonflement des deux épididymes, qui avait été noté au début, n'existait plus. La quantité de sperme était de $1^{gr},50$; il était blanc, laiteux, visqueux, odorant, et présentait, sous le champ du microscope, 50 à 60 spermatozoïdes, de nombreuses granulations graisseuses, une quantité abondante de leucocytes.

Obs. VI. — M. X..., âgé de vingt ans, est entré à l'hôpital pour une double épididymite non blennorrhagique, survenue à la suite d'un effort pour soulever un fardeau. La première épididymite datait d'un mois, à partir du jour où l'examen du sperme a été fait ; la seconde était survenue huit jours après la première. Quand ce malade est entré à l'hôpital, les bourses avaient le volume du poing ; les deux épididymes étaient augmentés de volume, quoique médiocrement indurés. A sa sortie, après quinze jours d'hôpital, l'augmentation de volume était inappréciable. Le sperme était en assez grande quantité (3 gr.). Au microscope, on trouvait de nombreux spermatozoïdes (300 à 400 sous chaque champ), en outre des leucocytes, des granulations graisseuses, des cellules pavimenteuses.

Obs. VII. — M. X..., âgé de trente ans, de bonne constitution, se présente à la consultation pour un chancre de la verge. Il a eu, il y a deux mois, une première épididymite à gauche, pour laquelle M. L. Labé

a pratiqué la ponction de la tunique vaginale. Dix jours après, il a eu une épididymite du côté droit, mais peu considérable. Aujourd'hui l'induration et le gonflement sont très-prononcés à gauche; à droite il n'y a aucune trace ni de l'un ni de l'autre. La quantité de sperme est de 2 grammes. Il est opalin, visqueux, contient des leucocytes en petite quantité, quelques noyaux spermatiques, des spermatozoïdes, au nombre de 15 à 20, sous chaque champ du microscope.

Si maintenant j'analyse ces observations, je vois que sur les 7 sujets atteints, à une époque plus ou moins éloignée, d'épididymites doubles, et chez lesquels le retour des spermatozoïdes s'est effectué, 5 avaient eu une ou deux épididymites non blennorrhagiques survenues à la suite d'un excès de coït, d'un excès de masturbation, d'une course à cheval, d'un effort pour soulever un fardeau; chez un sujet la cause était inconnue, mais le malade affirme qu'à cette époque il ne possédait aucun écoulement uréthral. Or, si je fais observer que dans tous les cas dans lesquels j'ai noté l'absence des spermatozoïdes, c'est-à-dire dans 21 cas, toutes les épididymites étaient blennorrhagiques, je serai sans doute en droit de porter un pronostic infiniment plus favorable pour la réapparition des propriétés fécondantes du sperme éjaculé, quand il s'agit d'épididymites dont la cause est non-blennorrhagique, que dans le cas contraire. Voyons les deux autres cas dans lesquels le retour des spermatozoïdes s'est réalisé. Ici, les épididymites sont bien de nature blennorrhagique. Mais chez un de nos sujets les épididymites, survenues pendant un écoulement uréthral à la suite d'un long voyage à pied, ne durèrent que dix jours. Et cinq ans après, quand ce sujet était soumis à mon examen, il n'y avait, ni dans l'un ni dans l'autre épididyme, aucune trace d'engorgement plastique. Chez l'autre sujet, une seule épididymite avait été un peu sérieuse, l'autre s'était dissipée au bout de peu de jours, sans laisser ni induration, ni gonflement comme trace de son existence. Or, si je considère que dans tous les cas d'épididymites doubles, qui n'ont point été suivies du retour des spermatozoïdes, aucune n'avait présenté ce caractère de

simplicité, toutes avaient duré au minimum quinze, vingt jours, toutes avaient été accompagnées d'une réaction inflammatoire locale ou générale assez considérable, j'arrive ainsi à établir pour la question qui m'occupe une différence essentielle entre les épididymites blennorrhagiques de peu d'intensité et celles d'intensité moyenne ou considérable, et j'ai tout lieu de croire que, dans les premières, les voies épididymaires sont plus susceptibles de redevenir perméables, si même elles ne l'ont pas toujours été, que dans les secondes. Celles-ci courent grand risque de rester oblitérées définitivement.

C'est sans doute par une diminution dans l'intensité de l'inflammation que s'explique la réapparition des spermatozoïdes dans les cas d'épididymites non blennorrhagiques, mais, pour les cas où le traumatisme interviendrait sous une forme ou sous une autre, il pourrait bien se faire aussi que l'épanchement plastique se fasse seulement en dehors du conduit épididymaire, dans le tissu cellulaire lâche qui entoure ses circonvolutions, et alors ce conduit serait seulement affaissé; de cette façon, l'obstacle serait facile à vaincre.

Que maintenant nous réunissions mes deux cas, dans lesquels le rétablissement des voies spermatiques s'est effectué chez des sujets atteints d'épididymites blennorrhagiques à ceux qui jusqu'ici ont été publiés, et que nous cherchions dans quelles proportions tous ces cas se trouvent par rapport à ceux dans lesquels les spermatozoaires n'ont pas reparu, après, toutefois, avoir défalqué de mon chiffre général mes 5 cas d'épididymites non blennorrhagiques, nous arriverons au résultat suivant :

	Retour des spermatozoïdes.
Dans 25 cas de M. Gosselin...........	5 fois.
Dans 35 cas de M. Godard...........	1
Dans 23 cas de Liégeois.............	2
Dans 83 cas	8 fois.

Ces chiffres parlent assez d'eux-mêmes pour que l'on soit

en droit de regarder l'épididymite bilatérale blennorrhagique comme étant toujours une affection des plus sérieuses au point de vue des conséquences qu'elle peut avoir sur la fécondité des sujets. Et l'on ne peut trop insister sur l'importance qui se rattache dans le traitement de cette affection à combattre vigoureusement l'élément inflammatoire, de l'intensité duquel me paraissent dépendre les chances d'oblitérations définitives des conduits vecteurs du sperme.

Examinons maintenant quelle est la valeur de la persistance ou de la disparition de l'engorgement épididymaire sur le rétablissement des voies spermatiques. Parmi les vingt et un sujets, chez lesquels les canaux épididymaires ne sont pas redevenus perméables, la persistance d'une induration partielle ou générale de l'épididyme a été la règle; chez quinze sujets le fait a été constaté. Mais sur six sujets, soit d'un seul côté, soit des deux, l'épididyme s'est montré, sous le doigt du moins, parfaitement intact.

1° Un sujet de trente ans, ayant eu une première épididymite blennorrhagique il y avait douze ans, une deuxième il y avait cinq semaines, avait une absence complète d'induration d'un côté, de l'autre elle persistait.

2° Sur un sujet de trente et un ans, ayant eu une double épididymite blennorrhagique il y avait quinze ans, et marié depuis six ans, sans enfants, l'induration avait complétement disparu des deux côtés.

3° Un sujet âgé de vingt-cinq ans, ayant eu une première épididymite il y avait deux ans, une deuxième il y avait un mois, présentait une absence de toute induration du côté de la plus ancienne.

4° Sur un sujet de vingt-quatre ans, ayant eu une première épididymite il y avait trois mois, une seconde il y avait deux mois, on constatait une absence d'induration d'un côté, de l'autre elle était si faible qu'elle était douteuse.

5° Un sujet de vingt-six ans, ayant eu une première or-

chite il y avait quatre mois et demi, une deuxième il y avait quatre mois ne présentait aucune induration ni d'un côté ni de l'autre.

6° Sur un sujet de vingt ans, l'épididyme, d'un côté, était induré, l'autre atrophié. Une première épididymite avait eu lieu il y avait six ans, la deuxième il y avait trois ans.

Maintenant, si je considère les sept sujets chez lesquels le retour des spermatozoïdes s'est effectué, sur cinq sujets, l'induration, d'un côté au moins, avait complétement disparu; Sur deux, elle persistait encore des deux côtés. Or, ces deux sujets sont parmi ceux qui avaient eu des épididymites non blennorrhagiques.

Il résulte donc de mes observations que, dans la généralité des cas, la disparition de l'induration épididymaire est l'indice du retour des spermatozoïdes dans le sperme éjaculé. Mais, cette règle formulée par M. Gosselin n'est pas sans exception, car il peut se faire, ainsi que Godard l'a signalé, que le rétablissement des voies spermatiques n'existe pas, quoique l'induration épididymaire se soit dissipée. Il peut se faire aussi, comme Curling l'a indiqué, que l'induration persiste encore notablement, quoique les spermatozoïdes trouvent cependant les conduits excréteurs libres. Seulement, ce fait ne se réalise que dans les cas d'épididymites non blennorrhagiques (1).

(1) Dans le cours du mémoire auquel est emprunté cet article, on trouve d'autres preuves à l'appui du rétablissement fréquent des voies spermatiques dans les cas de gonflement et d'induration épididymaire, suite d'épididymite débutant par le tissu cellulaire qui entoure le canal épididymaire. Ainsi, dans un cas de dénudation des testicules et des épididymes à la suite d'un phlegmon gangréneux, malgré un gonflement très-considérable de l'épididyme après la guérison, gonflement consécutif à l'inflammation de la séreuse vaginale, le sperme, chez ce sujet, contenait des spermatozoïdes en quantité considérable. Dans trois cas d'hydrocèle double due à un état subinflammatoire de la séreuse, malgré l'induration notable des épididymes se rattachant à celui-ci, le sperme ne possédait pas moins tous ses caractères normaux, et contenait de nombreux spermatozoaires.

La question de l'influence des épididymes sur la sécrétion et l'excrétion du sperme est trop importante pour que je me borne aux résultats en quelque sorte généraux de l'observation. Entrons donc dans quelques détails particuliers.

Quelques auteurs ont prétendu que dans l'épididymite les testicules s'atrophiaient. C'est là une erreur. Sur plus de trois cents épididymites, tant doubles que simples, que j'ai été à même d'observer, jamais je n'ai constaté l'atrophie testiculaire. J'ai pu voir six ou sept fois une diminution de volume des testicules affectés, mais cette diminution n'atteignait pas le degré atrophique. L'orchite parenchymateuse, affectant le corps même de la glande testiculaire, seule peut être incriminée d'un semblable résultat.

Dans les renseignements recueillis sur l'état des facultés viriles des sujets atteints de double oblitération épididymaire, j'ai pu reconnaître que, le plus souvent, ces facultés n'avaient subi aucune atteinte, mais, huit fois sur vingt et une, elles étaient notablement diminuées. Il y a donc eu, à ce propos, une certaine exagération de la part des auteurs qui pensent que ces sortes de lésions demeurent indifférentes à la puissance virile.

On a pensé que la rétention du liquide spermatique dans les canaux séminipares ou dans les conduits épididymaires situés en deçà de l'oblitération pouvait, surtout lors du coït, déterminer un certain état de tension ou de douleur. Un seul sujet m'a signalé une sensation de pesanteur dans les testicules, lors de l'acte vénérien, augmentant surtout après l'éjaculation.

La sécrétion testiculaire persiste-t-elle avec tous ses caractères dans les cas d'épididymites? Le fait n'a plus besoin d'être prouvé pour les premiers mois qui suivent l'affection. Après A. Cooper, MM. Gosselin, Godard, Curling, ont démontré qu'en liant les canaux déférents chez les animaux,

chiens, chats, lapins, la sécrétion spermatique n'était point suspendue, et que le sperme, chargé de spermatozoïdes, s'accumulait en deçà du rétrécissement, et distendait les conduits épididymaires. Godard a constaté aussi que dans le sperme obtenu dans ces conditions on trouvait des cellules spermatiques en voie d'évolution pour la genèse des spermatozoïdes, et a prouvé, par cela même, que ceux que l'on rencontrait dans la partie dilatée n'étaient pas composés exclusivement d'éléments de vieille date, mais bien qu'un certain nombre naissaient incessamment. D'autre part, nous avons vu que, chez l'homme, M. Gosselin avait constaté la présence des spermatozoïdes dans le liquide retiré des conduits épididymaires. Mais un certain nombre de fois il n'a pu retrouver les éléments fécondants. Une seule fois, j'ai eu l'occasion d'examiner un testicule portant une oblitération et un spermatocèle ; ce testicule m'avait été apporté de l'école pratique. La tête et la partie moyenne de l'épididyme étaient considérablement distendues par un liquide blanchâtre contenu dans leurs conduits. Dans ce liquide je n'ai trouvé pas non plus aucun spermatozoïde ; au dire de l'élève qui m'avait remis ce testicule, le sujet auquel il appartenait pouvait avoir de vingt-cinq à trente ans. Enfin, j'ai déjà rapporté que M. Duplay, sur six sujets présentant des oblitérations et des dilatations épididymaires, n'avait pas constaté dans l'humeur contenue dans ces dilatations d'éléments fécondants. D'après ces quelques faits, il y a donc tout lieu de croire que la génération des spermatozoïdes dans les cas d'épididymite se tarit à la longue et que la sécrétion, continuant néanmoins à se faire, n'aboutit plus qu'à la production d'un liquide qui, n'étant pas excrété, se résorbe insensiblement au fur et à mesure qu'il s'en forme une nouvelle quantité. Remarquons que cette particularité n'est pas en opposition avec la conservation des facultés viriles chez un certain nombre de sujets, car, chacun sait, et nous en avons rapporté du reste un exemple, que les cryptorchides sont très-

aptes au coït, quoique le liquide sécrété par les testicules fût privé de filaments spermatiques.

Étudions maintenant les caractères du sperme dans les cas d'épididymites bilatérales.

La quantité de sperme fournie par les sujets atteints de cette affection est variable ; en général, cependant, elle se rapproche de l'état normal (1 à 3 grammes). Mais j'ai vu aussi le poids du sperme fourni par une éjaculation monter à 4, 8, 10 grammes, c'est-à-dire être bien supérieur à ce qui existe habituellement. Il semble donc que les liquides, qui dans les conditions normales s'unissent à l'humeur testiculaire pour constituer le sperme mixte, soient sécrétés dans les cas de doubles oblitérations épididymaires en égale quantité au moins, et augmentent même quelquefois par rapport aux cas où les voies d'excrétion sont libres. Ce fait ne s'accorde pas avec les remarques faites par Godard, qui, comme nous l'avons vu, pense que, quand l'épididyme est oblitéré, la vésicule séminale correspondante s'atrophie. Mais l'interprétation qu'a donnée Godard de ses deux observations, citées plus haut, ne paraît pas exacte. Rappelons qu'il s'agissait de deux sujets morts, l'un dix-huit, l'autre vingt jours après l'apparition d'une épididymite unilatérale. Sur ces deux sujets, les vésicules correspondant aux testicules malades étaient revenues sur elles-mêmes et comme ratatinées. Or, comme l'examen microscopique du tissu de ces réservoirs n'a pas été fait, comme aussi le temps qui s'est écoulé depuis le début de l'orchite jusqu'à la mort a été court, il est plus probable que cette diminution de volume était due à une exagération de la contractilité des vésicules, exagération provoquée sans doute par un léger degré d'inflammation ou par le pus lui-même qu'on rencontre si souvent dans le sperme des sujets atteints d'épididymites, ce pus pouvant provenir du canal épididymaire enflammé.

Dans d'autres antopsies, du reste, faites dans les mêmes conditions que celles de Godard, la dilatation des vésicules a

été notée. M. Gosselin a vu que « quand le produit de la sécrétion testiculaire avait cessé de parcourir le canal déférent et la vésicule, ces parties n'en contenaient pas moins une quantité notable de liquide. » Cet auteur cite deux observations à l'appui. Dans une autopsie, faite par M. Gaussail, d'un malade mort pendant une orchite blennorrhagique, les vésicules séminales étaient distendues par du sperme épais. La vésicule séminale du côté malade était plus volumineuse et plus dure. Il se peut aussi que la sécrétion prostatique s'exagère et contribue pour une large part à la formation du liquide éjaculé chez les sujets atteints d'épididymites bilatérales. Sur un sujet qui avait eu une première épididymite il y avait dix-neuf ans, une seconde il y avait seize ans, la quantité de liquide spermatique était énorme (10 grammes); ce liquide ne contenait que des granulations prostatiques en abondance, ce qui lui donnait un aspect opalin très-prononcé. Le toucher rectal me fit reconnaître une hypertrophie très-notable de la prostate, en rapport sans doute avec la suractivité fonctionnelle de cette glande.

Si nous comparons ces faits à ceux qui nous montrent que l'éjaculation spermatique se réduit à quelques gouttes de liquide, alors que le parenchyme testiculaire est détruit, si nous les mettons en face de ceux qui nous enseignent que l'éjaculation spermatique est nulle quand les deux testicules n'existent plus congénitalement ou sont arrêtés dans leur développement, nous serons porté à croire que la sécrétion testiculaire dans les cas d'épididymites bilatérales, qu'elle aboutisse à la formation des spermatozoïdes ou à la production d'un simple liquide privé des éléments fécondants, suffit pour entretenir l'équilibre des sécrétions génitales qui concourent à la formation du sperme mixte, tout comme elle suffit dans la généralité des cas pour entretenir les facultés viriles.

L'odeur du sperme, dans les cas d'épididymites bilatérales, m'a présenté les mêmes caractères qu'à l'état normal, preuve

bien certaine que l'odeur spermatique dépend non du liquide testiculaire, mais des autres humeurs qui concourent à la formation de ce liquide. Chez un nègre qui, il y avait deux ans, avait été atteint d'épididymites doubles et était aspermatozique, cette odeur était extrêmement pénétrante, de plus, elle tirait sur l'odeur ammoniacale, si bien que j'aurais pu croire qu'elle était le résultat d'un phénomène de décomposition, si le sperme n'avait été examiné deux heures environ après l'éjaculation et par une température de 12 degrés.

La couleur du sperme m'a présenté de grandes variétés. En général elle était légèrement opaline blanchâtre. Rarement elle s'est montrée d'un blanc laiteux, opaque comme à l'état normal. Ce fait a existé surtout dans les cas où il y avait rétablissement des voies spermatiques et des spermatozoïdes en assez grande quantité dans le liquide éjaculé ; il a pu être constaté aussi dans quelques cas où le sperme contenait des granulations prostatiques ou des leucocytes en certaine abondance. Enfin, dans plusieurs circonstances, où les leucocytes étaient en très-fortes proportions, le sperme avait un aspect purulent, légèrement jaunâtre, et, sous l'influence de l'ammoniaque, acquérait, comme le pus, une viscosité considérable. Ces trois éléments, spermatozoïdes, granulations graisseuses et leucocytes, réfléchissent en blanc la lumière et peuvent, par conséquent, dans des proportions données, fournir au liquide qui les contient la même coloration. C'est la raison pour laquelle, à l'inspection seule d'un produit éjaculé, il n'est jamais possible d'affirmer d'une façon certaine que ce produit contient tel ou tel élément, à part le cas où les leucocytes se déposent au fond du vase et forment une couche purulente facilement reconnaissable à l'œil.

La viscosité du sperme m'a présenté aussi des caractères très-variables, mais sans intérêt aucun pour la question, car ces variétés se rencontrent à l'état sain, comme dans les conditions morbides.

A l'examen microscopique, j'ai rencontré tous les éléments contenus d'habitude dans le sperme, à part les spermatozoïdes, dans les cas, bien entendu, où le rétablissement des voies spermatiques ne s'était pas effectué. Les granulations graisseuses prostatiques, les cellules épithéliales pavimenteuses, les cristaux de phosphate de magnésie et de phosphate ammoniaco-magnésien, s'ils n'ont pas existé dans tous les cas, se sont montrés du moins à mon observation un très-grand nombre de fois. J'ai trouvé aussi dans quelques cas des sympexions. Cet élément peu connu, et décrit pour la première fois par M. Ch. Robin, se présente en général sous forme de plaques, de forme polyédrique et irrégulière, de couleur grisâtre. Quelquefois aussi il a une forme parfaitement sphérique ou elliptique. Ces corps, dont la provenance reste encore inconnue, ne se dissolvent ni dans l'acide oxalique, ni dans l'ammoniaque, ce qui éloigne de l'idée qu'ils sont dus à des concrétions de mucus ; mais ils se dissolvent avec la plus grande facilité dans les liquides fournis par les glandes qui versent dans l'urèthre leur produit de sécrétion. C'est là un point important à connaître, car il explique pourquoi, par l'agitation du sperme éjaculé, les sympexions disparaissent rapidement. Ce sont eux enfin qui donnent au sperme qui vient d'être recueilli l'aspect floconneux qu'il possède, aspect qui disparaît rapidement, pour peu que le vase qui contient ce liquide soit secoué.

D'après M. Ch. Robin, on constaterait souvent aussi, dans le sperme obtenu des sujets atteints d'épididymite bilatérale, de petits noyaux de $0^{mm},004$ à $0^{mm},005$, translucides, à contour net, ressemblant à de petits anneaux et pourvus de granulations grisâtres, très-pâles. Ces noyaux n'existeraient à l'état normal qu'en petite quantité. Selon cet auteur, ils proviendraient probablement de l'épithélium des canaux déférents. Malgré tout le soin que j'ai mis à rechercher ces éléments, même en employant, ainsi que le conseille M. Ch. Robin, de forts grossissements, il ne m'a pas été permis de confirmer

l'opinion du savant professeur sur l'existence de ces noyaux.

Selon quelques auteurs, on trouverait aussi quelquefois, dans le sperme des sujets qui nous occupent, des globules de sang ; ceux-ci pourraient même être en assez grande quantité pour donner une coloration rouge à ce liquide. Nous devons dire toutefois que nous n'avons jamais noté ces particularités.

Terminons en disant que des vibrions se développent dans le sperme obtenu chez les individus atteints d'oblitérations épididymaires, comme dans le sperme normal, un certain temps après avoir subi le contact de l'air et d'autant plus vite que la température est plus élevée.

Dans tout ce que nous avons dit jusqu'ici, nous nous sommes borné à ce qui concerne l'épididymite, sans parler de l'orchite parenchymateuse, c'est-à-dire de celle qui atteint l'élément sécréteur lui-même. Les qualités du sperme dans cette affection n'ont encore été signalées que par Godard, qui, à ce propos, s'exprime ainsi : « Dans l'orchite parenchymateuse, par suite de l'inflammation du parenchyme glandulaire, il y a arrêt de la sécrétion spermatique. J'ai constaté le fait par l'examen du sperme éjaculé et par des observations d'anatomie pathologique. » L'observation de Godard est en rapport avec l'idée émise par M. Cullerier sur l'influence que peut avoir l'orchite parenchymateuse sur la sécrétion testiculaire. Mais on ne peut guère admettre avec notre éminent collègue l'intervention de cette cause dans les cas d'épididymites, vu que, dans l'immense majorité des cas au moins, l'inflammation reste limitée à l'épididyme et ne dépasse point le corps d'Highmore.

Il serait intéressant de savoir ce qui advient du côté de la sécrétion et de l'excrétion spermatique dans les cas d'orchites métastatiques doubles, telles que celles qui quelquefois sont consécutives aux oreillons. Je n'ai recueilli aucune observation de ce genre, je ne sache pas non plus qu'il en existe dans les recueils scientifiques ; M. Dumarquay, toutefois, m'a dit avoir

constaté la présence des spermatozoïdes dans ces conditions.

Il reste à dire un mot de l'influence de l'orchite syphilitique (testicule vénérien) sur la composition du sperme. Dans cette affection, le sperme est généralement privé de spermatozoïdes quand l'affection est double. De plus, les sujets qui en sont atteints sont en général impuissants. Vidal de Cassis, le premier, a indiqué que sous l'influence du traitement ioduré, ceux-ci pouvaient retrouver leurs facultés viriles. M. Gosselin a porté son attention au delà de ce point, il a reconnu que non-seulement sous l'influence de l'iodure de potassium les facultés viriles pouvaient reparaître, mais encore avec elles les propriétés fécondantes du sperme, comme il s'en est assuré par l'examen microscopique.

Selon Godard, tous les sujets atteints d'orchite syphilitique double ne seraient pas exposés aux troubles fonctionnels qui viennent d'être signalés. Cet auteur a vu la persistance des facultés viriles et de la production des spermatozoïdes chez un certain nombre de syphilitiques, qui n'avaient que quelques noyaux plastiques au niveau du corps d'Highmore.

Voyons maintenant ce qui se passe du côté de la sécrétion spermatique dans les cas d'épididymite unilatérale. Tous les auteurs s'accordent à dire, avec Godard, que les sujets atteints d'épididymite d'un seul côté, si le côté opposé est sain, sont puissants et féconds, éjaculent par conséquent du sperme contenant des spermatozoïdes. Mais, aucun ne parle du degré d'activité du testicule opposé à celui dont les voies spermatiques sont interceptées. Le silence tenu par les auteurs sur ce point fit que je recherchais peu le sperme d'individus qui avaient eu une épididymite unilatérale, pensant qu'il ne se rattachait à cette recherche qu'un médiocre intérêt ; de sorte que je n'ai réuni que peu d'observations de ce genre, et, ce n'est ici, comme du reste pour les résultats que j'ai constatés à propos des variétés d'épididymites doubles, qu'en collectant mes observations que j'ai reconnu à cette question une valeur réelle.

On ne s'étonnera pas, par conséquent, si je n'en parle point dans mon *Traité de physiologie*, où je résume en quelque sorte les impressions que m'avaient laissées mes observations sans les avoir fait passer au contrôle de mon jugement les unes après les autres.

Le nombre de sujets atteints d'épididymite simple, et qui m'ont procuré du sperme, est de 16. Sur ces 16 sujets, âgés de vingt à trente ans, 13 ont été traités à l'hôpital pour cette affection, et leur sperme a été examiné lors de leur sortie. Les 3 autres avaient eu une épididymite il y avait déjà un certain temps et étaient soumis par hasard à mon observation.

Sur les 13 sujets de la première catégorie, le sperme contenait une quantité fort minime de spermatozoïdes, de 1 à 30, 40. Un seul en possédait de 100 à 150. Tous, à l'exception de ce dernier, avaient eu une épididymite blennorrhagique. Celui-ci avait eu une épididymite à la suite d'un coït à genou, et sans écoulement uréthral coexistant. Il est donc probable que chez ce dernier le rétablissement des voies spermatiques du côté malade s'était effectué, nouvelle preuve de la distinction à établir entre les épididymites blennorrhagiques et celles étrangères à cette cause.

Or les chiffres que je viens de donner, à part le dernier, ne correspondent point à ce que l'on était en droit d'attendre. Il était tout naturel de croire que, l'oblitération d'un testicule se faisant, la quantité des spermatozoïdes expulsés représenterait approximativement la moitié de la quantité correspondante à l'état normal, c'est-à-dire au moins plusieurs centaines. Quelle peut être la raison de l'abaissement considérable de ce chiffre ? Deux suppositions peuvent être faites ; ou pendant la durée de l'épididymite il s'effectue une excrétion involontaire de sperme qui débarrasse les voies spermatiques d'une partie de leur contenu, ou, par le fait même de l'inflammation qui existe dans un testicule, la sécrétion de l'autre est ralentie. Dans le but de m'assurer si ma première hypothèse était

vraie, j'interrogeai un certain nombre de malades atteints d'épididymite unilatérale, et qui, comme on le sait, ne manquent pas dans les salles du Midi, et je reconnus qu'en réalité cette affection était une cause très-efficiente de pollutions nocturnes. Chez les sujets chez qui l'orchite dure depuis quinze, vingt jours, il est rare qu'il n'y ait eu au moins une éjaculation involontaire, quelquefois deux, quelquefois trois, même quand, dans les conditions d'abstinence érotique, habituellement les pollutions sont peu fréquentes. Je dois dire à ce propos que la connaissance de cette particularité me donna la solution d'un petit problème qui m'avait auparavant fort intrigué ; c'était celui de savoir comment des individus atteints d'épididymites bilatérales depuis quinze ou vingt jours ne présentaient plus dans leur sperme, après cette époque, aucun spermatozoïde. Qu'étaient alors devenus ceux qui existaient auparavant dans leurs vésicules séminales ? Assurément ils ne s'étaient pas dissous, car les spermatozoïdes sont de tous les éléments anatomiques, peut-être, ceux qui résistent le plus à la désagrégation moléculaire. On peut les conserver des mois entiers dans un liquide en putréfaction, des années dans l'acide acétique ; les acides les plus énergiques, nitrique, sulfurique, ne les détruisent point, faits des plus remarquables, quand on songe qu'un liquide, des plus innocents en apparence, a la propriété de les liquéfier rapidement, le liquide de l'ovule. A moins donc d'admettre que l'humeur des vésicules séminales, dans laquelle les spermatozoïdes sont en suspension, exerce sur eux une action dissolvante analogue à celle du liquide de l'ovule, ce qui n'était guère admissible, mon embarras devait être grand, et il le fut, jusqu'à l'instant où la connaissance que j'acquérais sur la fréquence des pollutions chez les sujets atteints d'épididymite me renseigna.

Mais, pour en revenir à mon sujet, il est bien certain que une, deux ou même trois éjaculations en quinze jours chez un homme bien portant ne réduiraient jamais le chiffre des sper-

matozoïdes au double de ce que nous constatons dans le sperme d'individus ayant une épididymite unilatérale ; il y a donc tout lieu de croire que l'éjaculation involontaire n'intervient que pour une faible part, et, ainsi, j'arrive par exclusion à admettre que la sécrétion testiculaire du côté opposé au testicule enflammé diminue dans de notables proportions.

Voyons maintenant les résultats observés chez les trois sujets de ma deuxième catégorie, c'est-à-dire chez ceux qui étaient guéris depuis un certain temps d'une épididymite unilatérale.

1° L'un, âgé de trente-deux ans, a eu une épididymite blennorrhagique à droite, il y a sept semaines ; l'épididyme de ce côté est notablement induré, celui du côté opposé est sain. La quantité de sperme fourni par ce malade est de 3 grammes ; il est opalin, visqueux ; au microscope, les spermatozoïdes sont extrêmement rares ; quelquefois il faut faire sept à huit préparations pour en trouver un ou deux. Des leucocytes existent en assez grande quantité.

2° Un sujet de vingt-sept ans a eu, il y a deux ans, une épididymite blennorrhagique du côté gauche. L'épididyme de ce côté a conservé une induration notable, l'autre est moyennement développé. Ce poids du sperme est de $1^{gr},50$. Les spermatozoïdes sont en très-petite quantité, de 1 à 4, sous le champ du microscope, encore faut-il recommencer un certain nombre de fois la préparation pour les trouver. On constate, de plus, des granulations prostatiques et des leucocytes en assez grande quantité.

3° Un sujet, âgé de vingt-neuf ans, a eu, à l'âge de seize ou dix-sept ans, une première orchite, du côté gauche, produite sans rapport sexuel et qui a été considérée, dit-il, comme de nature rhumatismale. Elle est revenue, quelque temps après, du même côté. Quatre ans après, il a eu une blennorrhagie et une épididymite encore à gauche ; le côté droit n'a jamais été atteint. Du côté gauche, le testicule est moins volumineux qu'à droite. La quantité de sperme est de 2 gram-

mes ; ce liquide est légèrement laiteux ; au microscope, on constate de cinq à dix spermatozoïdes très-vivaces sous chaque champ.

Ces trois observations semblent donc démontrer qu'une épididymite blennorrhagique de longue date, aussi bien qu'une épididymite de date récente possède une influence marquée sur la diminution de la sécrétion testiculaire du côté opposé.

Je n'attacherais à ces observations, en trop petit nombre encore pour conclure, qu'une importance médiocre, si elles n'étaient point confirmées par d'autres, faites par les auteurs, et qui, véritablement, pourraient être déduites, *a priori*, de certaines données que j'ai émises précédemment dans dans mon travail. Si, en effet, d'une part, les excès vénériens, d'autre part, les maladies qui amènent la mort, sont deux causes parmi les plus réelles qui diminuent l'activité sécrétoire des testicules, on doit, en admettant dans l'épididymite unilatérale cette activité déjà diminuée, admettre que dans ce dernier cas l'une et l'autre cause puissent facilement amener la suspension de la sécrétion spermatique.

Voyons d'abord pour l'influence des excès vénériens. Dans le travail déjà cité dans le cours de ce mémoire, M. Hirtz a joint aux deux observations que j'ai résumées, celle d'un sujet de magnifique constitution qui avait eu une épididymite intense à l'âge de vingt-cinq ans. Un noyau d'engorgement persista. Cinq ans après cette épididymite, le sujet ne possédait aucune trace de spermatozoïdes. Jamais cet individu n'avait eu d'enfants ; ses fonctions génitales, dit M. Hirtz, se sont toujours exercées avec une parfaite intégrité et une activité plus que satisfaisantes. Et M. Hirtz ajoute : « J'ai souvenance d'avoir observé plusieurs faits semblables où des individus atteints d'orchite d'un seul côté et parfaitement guéris d'ailleurs. ne purent jamais avoir d'enfants, sans que j'eusse cependant examiné le sperme Il existe, d'ailleurs, dans les auteurs,

continue-t-il, la mention de la stérilité avec absence de zoospermes à la suite d'une seule orchite. Je ne chercherai pas l'explication anatomique du fait, je constate. »

Voyons maintenant pour les sujets morts de maladie. « Dans un cas, dit M. Duplay, il y avait d'un seul côté une oblitération de la queue de l'épididyme et cependant absence de spermatozoïdes dans les vésicules séminales, circonstance qui aurait pu expliquer l'absence des spermatozoïdes dans la vésicule correspondante, mais non celle du côté opposé. » M. Gosselin rapporte dans son mémoire sur les oblitérations épididymaires que dans un cas il a trouvé sur le cadavre, au niveau de l'épididyme d'un côté, une induration qui mettait obstacle à l'injection. Il n'y avait pas de ce côté de dilatations variqueuses des vaisseaux placés en deçà de l'induration. De l'autre côté, il n'existait aucune trace d'induration, et, cependant, il n'y avait nulle part d'animalcules.

Rapprochons maintenant ces faits de ceux où la sécrétion spermatique est abolie ou notablement diminuée chez les sujets atteints de noyaux tuberculeux d'un seul côté, même chez des sujets où ces noyaux ne semblent se rattacher à aucune diathèse, comme chez le sujet dont j'ai rapporté l'observation, et nous serons peut-être en droit de déduire la proposition suivante : Les testicules sont unis entre eux sympathiquement, ou pour parler le langage de la physiologie actuelle, par des liens réflexes, de la façon la plus étroite. Contrairement à tous les organes doubles de l'économie qui se suppléent mutuellement et redoublent d'activité quand la fonction de l'un d'eux est lésée, les testicules affectent entre eux une solidarité telle que toute lésion frappant l'un retentit sur l'activité organique de l'autre et atténue celle-ci.

N'avons-nous pas, du reste, la preuve de cette sympathie dans ce que l'on constate si souvent dans les épididymites dites à bascule ; une épididymite est en train de se développer, une autre apparaît dans le testicule du côté opposé, et la première

ne manque pas de perdre de son intensité et de marcher rapidement vers la résolution. Sans aucun doute, il se passe dans cette condition morbide les mêmes phénomènes qui se présentent quand une lésion quelconque de date récente ou ancienne frappe un seul testicule; dans l'un et l'autre cas, l'activité organique subit une influence dépressive de la part de la lésion existant du côté opposé. On aurait donc tort de croire que l'apparition de la seconde orchite est subordonnée à la diminution de la première; c'est, au contraire, la diminution de la première qui est subordonnée à l'apparition de la seconde.

Il nous reste à parler d'une affection qui retentit de la façon la plus fâcheuse sur la sécrétion spermatique, nous voulons parler de l'atrophie du testicule, soit qu'elle fût due à un arrêt de développement, soit à une cause accidentelle. Toutefois, dans les cas d'atrophie double, le sperme n'a été examiné que rarement. Je ne trouve à ce sujet que deux observations, l'une de Curling, se rapportant à un arrêt de développement. Dans ce cas, il n'y avait dans les vésicule séminales aucune, trace de spermatozoïdes. L'autre est de M. Laborde, intéressante à plus d'un titre. Un jeune homme de vingt-six ans, maniaque, s'était coupé la verge avec un rasoir. Ce sujet était mort au bout de quelque temps; M. Laborde put en faire l'autopsie et constata un commencement d'atrophie des deux testicules. La vésicule séminale d'un côté renfermait, dans l'intérieur de ses circonvolutions, une assez grande quantité de pus crémeux; de l'autre côté, on rencontrait le liquide habituel, transparent et de consistance séreuse. Mais, nulle part on ne trouva de spermatozoïdes.

Six fois j'ai observé le sperme chez des sujets qui avaiént une atrophie d'un seul côté, et chaque fois, j'ai pu constater une diminution considérable dans la quantité des spermatozoïdes, les facultés viriles ayant aussi notablement baissé dans quatre de mes observations. J'ai rencontré aussi quatre fois des testicules peu volumineux, mais dont la petitesse paraissait natu-

relle et non due à un arrêt de développement ou à quelque cause morbide. Dans ces quatre cas, la quantité de spermatozoïdes a varié notablement. Une fois, les spermatozoïdes étaient en aussi grande abondance que chez les sujets dont les glandes séminipares sont bien développées; trois autres fois, ils étaient assez notablement diminués. J'ai constaté, du reste, des variétés de même ordre pour des testicules très-volumineux; le nombre des spermatozoïdes n'était pas toujours proportionnel au volume de ces organes. Ces résultats sont conformes à ceux qui ont été observés chez le vieillard par MM. Duplay et Dieu.

COMPLICATIONS DU BUBON

L'article suivant est extrait de la deuxième partie du *Traité des maladies vénériennes* de M. le docteur Clerc, qui doit prochainement paraître. Il s'agit de deux observations d'adénopathie inguinale chronique avec complication de péritonite générale. Les faits de cette nature sont assez rares, aussi croyons-nous qu'on ne les lira pas sans intérêt.

Avant de décrire les déviations et les complications de l'adénite symptomatique du chancroïde, nous parlerons d'un état pathologique commun aux adénopathies du chancre et du chancroïde : il s'agit de l'*état* strumeux.

Cet état pathologique consiste en un engorgement polyganglionnaire chronique, compliqué d'une infiltration plastique du tissu cellulaire périadénique et sous-cutané, d'où résulte une tumeur mal circonscrite, dure, volumineuse, non mobile, paraissant formée par la réunion de ganglions lymphatiques superficiels et profonds de l'aine, et comprenant souvent quelques-uns des ganglions de la région iliaque.

Cet agrégat de ganglions engorgés ne tend ni à la résolution ni à la suppuration. Sa marche naturelle est le passage à l'état anatomo-pathologique autrefois désigné sous le nom de *squirrhe*, et de là vient sa longue durée. Cependant, sous l'influence de la marche, de la fatigue, etc., un travail inflammatoire s'établit parfois dans la tumeur; inflammation partielle, c'est-à-dire limitée à quelques-uns des ganglions affectés, et qui se termine par suppuration : de là des foyers purulents multiples et successifs.

Très-souvent, chez les malades atteints de ces bubons chroniques de l'aine, les ganglions lymphatiques de la région iliaque

sont le siége d'un état morbide sur lequel nous ne saurions trop appeler l'attention. Le palper abdominal permet de constater l'engorgement de ces ganglions, particulièrement de ceux qui sont situés dans le voisinage de l'aine. Cette *adénopathie iliaque*, le plus souvent méconnue, détermine parfois des accidents formidables du côté de la cavité abdominale ; ce que l'on comprendra facilement, en se rappelant que les ganglions iliaques ne sont séparés du péritoine que par une couche mince de tissu cellulaire lamelleux, tissu auquel s'étend toujours le travail morbide dont les ganglions sont le siége. Or l'existence de ce foyer phlegmasique sous-péritonéal rend non-seulement possible, mais imminente, une péritonite partielle ou générale. Pendant notre internat à l'hôpital du Midi, nous avons observé *quatre cas de péritonite générale*, dont trois furent mortels, chez des malades atteints de bubons chroniques de l'aine (1).

L'importance de ces faits nous engage à publier *in extenso* l'observation des deux malades dont les péritonites et leur mode de production furent éclairées par l'examen cadavérique.

Obs. I. — Bel... (J. B.), âgé de trente-deux ans, boulanger. Entré à l'hôpital du Midi (salle 2, lit 3), le 21 novembre 1843 ; mort le 21 janvier 1844. Ce malade fut admis à l'hôpital pour y être traité d'un bubon volumineux, situé dans l'aine gauche, et consécutif à un chancre du limbe du prépuce. Cette adénite, dont la marche avait constamment été chronique, était en voie de résolution, lorsque, vers le 17 janvier, la peau recouvrant la tumeur fut prise d'érysipèle. Un cataplasme de fécule fut ordonné au malade et continué pendant plusieurs jours. L'érysipèle, n'ayant qu'une très-petite étendue, n'occupa pas davantage l'attention.

Le 21, le malade, qui avait eu beaucoup de fièvre pendant la journée du 20, était dans un état tellement alarmant, qu'un pronostic funeste fut porté par M. Ricord. Le malade avait vomi toute la nuit, et avait eu un grand nombre de selles liquides. Il vomit plusieurs fois encore pendant que nous étions auprès de son lit. Le ventre était plutôt légèrement affaissé que ballonné, et ne paraissait pas douloureux. Les facultés intellectuelles étaient intactes, ainsi que les organes des sens. La face était

(1) En 1839, nous avions déjà vu, dans le service de M. Clément, à la Pitié, un jeune garçon qui, par suite d'écorchures *envenimées* du pied, eut un engorgement strumeux des ganglions de l'aine, puis une péritonite mortelle.

très-pâle, terreuse, couverte, ainsi que presque tout le corps, d'une sueur abondante. Soupçon d'un cas de choléra sporadique.

Sinapismes ; potion cordiale.

Dans la journée, l'état du malade, loin de s'améliorer, n'avait fait que s'aggraver ; la mort arriva vers six heures du soir.

Autopsie quarante heures après le décès. — Très-peu de météorisme de l'abdomen. En ouvrant cette cavité, il est facile de se convaincre qu'une péritonite a existé pendant la vie. Presque toute la surface des intestins paraît comme sablée ; on dirait qu'une très-fine poussière de grès y a été répandue. En raclant, avec le scalpel, l'extérieur d'une anse intestinale, on obtenait un liquide séro-purulent qui paraissait surtout résulter de l'écrasement des petits grains dont la surface de l'intestin était couverte et que nous avons comparés encore à de la très-fine fécule.

Il y avait dans le petit bassin un peu de sérosité trouble, de couleur grisâtre.

Nous examinâmes avec un soin extrême la région inguino-iliaque gauche, siége de l'adénopathie, et voici ce que nous constatâmes : Le péritoine était si adhérent aux parties sous-jacentes, surtout vers l'orifice supérieur du canal crural, qu'il ne nous fut pas possible de le séparer avec le manche du scalpel ; or on sait avec quelle facilité cette séparation s'obtient quand on fait la ligature de l'iliaque externe sur le cadavre ; nous fûmes donc obligés d'avoir recours à la lame de l'instrument.

En opérant cette dissection du péritoine, nous avons été bien convaincu que les adhérences n'étaient pas anciennes, car la matière plastique qui séparait le péritoine des couches aponévrotiques n'avait qu'une organisation peu avancée, à en juger par son peu de consistance.

A l'orifice interne du canal crural, nous trouvâmes un ganglion un peu plus volumineux qu'une grosse noisette, et dont l'enveloppe était fort mince. Ce ganglion était complétement suppuré, et si rapproché du péritoine, qu'il fallut mettre beaucoup de précaution pour ne pas l'ouvrir en faisant la dissection. Il y avait encore d'autres ganglions engorgés dans le voisinage (ganglions iliaques), mais aucun n'était arrivé à la période de suppuration.

Dans la région inguinale, nous trouvâmes un seul foyer qui contenait quelques grammes de pus seulement.

Les organes de la cavité thoracique étaient à l'état normal ; le crâne ne fut pas ouvert.

Obs. II. — Godr... (Jules), âgé de vingt-quatre ans, commis. Entré à l'hôpital du Midi (salle 3, lit 2), le 5 janvier 1844 ; mort le 26 du même mois. Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatique, portait depuis près de deux mois un énorme bubon inguinal (côté droit) qui paraissait s'être développé sans aucune lésion des organes génitaux, trois semaines après une nuit passée dans une maison publique.

Le 6 janvier, lendemain du jour d'entrée du malade, le bubon fut ouvert (ponctions multiples). Il en sortit une grande quantité de pus. Cataplasmes ; bain.

Les jours suivants, il s'écoula encore du pus par les petites incisions qui avaient été pratiquées sur la tumeur.

Vers le 16, un vésicatoire fut appliqué sur le bubon.

Le 19, un érysipèle se déclara sur les téguments qui recouvraient le bubon.

Le malade est mis à la diète, des cataplasmes de fécule sont maintenus sur la tumeur. Cependant le malade était pris d'une fièvre intense : langue blanche ; appétit nul.

Le lendemain (20 janvier), douleur à la pression dans la fosse iliaque du côté du bubon (aine droite). Trente sangsues sur cette région ; lavement laxatif.

Le 21, les piqûres de sangsues ont fourni beaucoup de sang. La douleur iliaque a augmenté ; le malade a eu des nausées et de fréquentes éructations. Onctions mercurielles sur l'abdomen ; julep éthéré.

Le 22, même état. Le pouls est très-fréquent, sans être petit.

Le 23, le malade a vomi trois fois pendant la nuit. Il n'est pas allé à la selle depuis le lavement laxatif du 20 janvier. Onctions mercurielles à hautes doses.

Le 25, les vomissements ont continué ; les matières vomies sont très-vertes. Les douleurs abdominales semblent avoir diminué, mais l'état général s'est aggravé : pouls très-fréquent et petit ; facies hippocratique. Révulsifs sur les extrémités inférieures. Potion éthérée.

Le 26, le malade est agonisant ; il meurt à quatre heures du soir.

Autopsie vingt-trois heures après la mort. — L'abdomen est météorisé : en l'ouvrant, les intestins grêles, distendus par des gaz, tendent à faire hernie au fur et à mesure que la paroi abdominale est incisée. Ils sont recouverts d'une couche de pus crémeux. Les fosses iliaques droite et gauche, ainsi que le petit bassin, contiennent une assez grande quantité de sérosité purulente.

Le péritoine, qui tapisse la fosse iliaque droite et la région des parois abdominales antérieure correspondante, ne peut en être séparé qu'à l'aide du scalpel ; cependant les adhérences sont molles. Le ganglion crural est volumineux, mais non suppuré, comme dans le cas précédent. Cinq ou six autres ganglions iliaques ont acquis un assez grand développement, mais ne contiennent pas de pus.

Les ganglions lymphatiques de l'aine, du côté droit, sont confondus en une masse homogène en apparence, et paraissent comme perdus dans l'empâtement général des tissus. Le tissu cellulaire qui sépare les différentes couches musculaires de la paroi antérieure de l'abdomen, est infiltré d'une matière séro-plastique. Les muscles ne nous ont pas paru affectés (1).

La *péritonite générale* est, heureusement, une des complications rares de l'adénopathie inguinale chronique ; à peine a-t-elle été mentionnée par les auteurs. Feu Cullerier l'avait sans doute observée, car il disait dans ses *Leçons cliniques* : « Nous avons vu, chez deux malades, les ganglions de l'intérieur

(1) Ces deux observations sont extraites d'un mémoire inédit *Sur les bubons vénériens*, présenté par nous à l'Administration centrale des hôpitaux, en juillet 1844, pour le concours des prix.

du bassin pris d'inflammation. Cet accident, heureusement assez rare, est toujours excessivement grave, et peut *souvent* entraîner la mort des malades. » (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. V, p. 502) (1).

Si la péritonite générale est rare, peut-être n'en est-il pas de même de la péritonite *partielle.* Nous croyons que cette affection a été souvent méconnue, et cela parce qu'elle est limitée à la région iliaque, ne donne lieu qu'à quelques symptômes, et se termine favorablement. « Les accidents d'étranglement, analogues à ceux que déterminent les hernies » (Richet, *Anat. chir.*, p. 982), observés dans quelques cas d'adénite inguinale, et qui, plus d'une fois, ont fait croire à une hernie crurale étranglée, nous paraissent devoir être rapportés à des péritonites partielles concomitantes, elles-mêmes déterminées par des adénopathies iliaques méconnues. M. Pétrequin, deux fois appelé en consultation pour des cas analogues, reconnut que la tumeur et les accidents qu'elle provoquait étaient formés par le ganglion situé à l'embouchure du canal crural, c'est-à-dire par une adénite iliaque (2).

C'est dont en provoquant dans quelques-uns des ganglions lymphatiques de la région iliaque, un travail morbide analogue à celui dont ils sont le siége, que l'adénopathie inguinale chronique détermine une péritonite générale ou partielle. Nous ajouterons que cette grave complication n'est point particulière aux adénopathies symptomatiques du chancre, mais qu'elle peut se produire dans des cas de bubons inguinaux chroniques déterminés par toute autre cause.

(1) M. Bourdon a cité un cas de péritonite mortelle, consécutive à une adénite inguinale (*Soc. méd. des hôpitaux.* — *Union méd.*, 1861, p. 496). L'autopsie n'ayant pas été faite, et la région iliaque n'ayant pas été explorée, notre distingué confrère Ern. Besnier a considéré cette péritonite comme étant un exemple « de phlegmasie séreuse développée de dehors en dedans par contiguïté de tissu », c'est-à-dire une inflammation s'étant propagée des ganglions *inguinaux* au péritoine. L'existence probable de bubons *iliaques*, dans ce cas, nous fait penser que la péritonite a été déterminée par ces bubons.

(2) *Anatomie médico-chirurgicale*, p. 698.

CHRONIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Monsieur et très-honoré confrère,

Vous me rappelez la promesse que je vous ai faite, un peu bien légèrement peut-être, d'écrire pour chacun de vos cahiers une chronique de l'hôpital Saint-Louis. C'est là une idée que, soit dit entre nous, j'aurais bien dû laisser dormir dans les cartons. Tel projet qui d'abord, vu d'un peu loin, paraît tout simple, ne tarde pas, dès qu'on s'en approche, à se hérisser de difficultés. C'est un peu l'effet que m'a produit ce rôle de chroniqueur que je me suis fort inconsidérément décerné. Aussi étais-je bien résolu à ne dire aucun mot, à ne faire aucun geste qui pût vous remettre la chose en mémoire, et je commençais à me rassurer, lorsque votre lettre est venue brusquement me replacer en face de la réalité. Il fallait donc s'exécuter. Comment, c'est à quoi je dus penser d'abord, et il me parut que le meilleur plan, et le plus sage, était de n'en choisir aucun. Faire un plan, c'est s'engager en quelque manière, et je sais maintenant ce qu'il en coûte. Quant à la forme, elle sera celle que commande le titre même de ces articles, c'est-à-dire sans art ni apprêt, sans dessein formé d'avance, sans souci des transitions, comme on a coutume de faire dans les entretiens familiers.

Comme vous voyez, je pose d'abord mes conditions. Avant de me mettre à l'ouvrage, je sens le besoin de le réduire à de certaines proportions. Il faut avouer, du reste, que l'entreprise présente encore des côtés assez embarrassants. Écrire une chronique de l'hôpital Saint-Louis ! Que de promesses contenues dans ces quelques mots ! Depuis plus d'un demi-siècle,

en effet, l'hôpital Saint-Louis n'a pas cessé d'être une sorte de tribune où toutes les questions de pathologie cutanée, questions de fait, questions de nature, questions de thérapeutique, ont été successivement posées, étudiées, analysées, discutées, approfondies, et souvent résolues d'une manière définitive. C'est là, sur le champ de bataille de la pathologie de la peau, que se sont rencontrés Biett et Alibert, ces premiers maîtres en dermatologie : Biett, esprit minutieux et correct, dépourvu d'originalité propre, plus habile à vulgariser qu'à produire ; Alibert, doué de facultés plus brillantes, d'un sens médical plus étendu et plus vrai, mais impatient de tout frein, et emporté par son imagination au delà des limites de l'observation calme et réfléchie des phénomènes; tous deux chefs d'école, ayant laissé tous deux, pour continuer leur œuvre, des disciples nombreux, dont plusieurs sont devenus leurs successeurs et nos maîtres. Et les disciples, vous le savez, n'ont pas failli à l'œuvre. Pas un seul qui n'ait contribué dans une certaine mesure, chacun selon ses aptitudes et les tendances de son esprit, soit directement, soit indirectement, au progrès de la science; et l'on peut dire, en toute vérité, que, depuis Biett et Alibert, aucun fait important ne s'est produit, aucune découverte digne de ce nom n'a été réalisée en dermatologie en dehors de cet immense foyer d'élaboration scientifique que l'on appelle l'hôpital Saint-Louis.

Écrire la chronique de cet hôpital, à prendre la chose dans sa rigueur, ce serait donc tracer l'histoire de la dermatologie elle-même, considérée en action, si je puis ainsi dire, sur le plus vaste théâtre qui lui ait été donné. Nous ne visons pas à si haute prétention. Saisir au vol l'actualité qui passe, le fait saillant du jour, l'idée nouvelle en voie d'évolution, montrer le progrès accompli, la lacune à combler, l'erreur à éviter, etc., tel sera, à peu de chose près, le but ou le programme de ces récits périodiques.

L'époque ne pouvait d'ailleurs être mieux choisie pour

inaugurer ces chroniques. Nous sommes au moment des cours et leçons cliniques de dermatologie, c'est-à-dire au moment où les idées doctrinales s'affirment, où les divergences d'opinions s'accentuent et apparaissent au grand jour, Hâtons-nous d'en profiter pour jeter un rapide coup d'œil sur les tendances médicales actuellement dominantes à l'hôpital Saint-Louis.

Il y a quelques années à peine, l'élève qui venait étudier dans cet hôpital la pathologie de la peau se trouvait en présence de trois enseignements ou systèmes d'enseignements bien distincts : 1° l'enseignement willanique, représenté assez diversement par MM. Cazenave, Gibert et Devergie ; 2° l'enseignement selon la méthode d'Alibert, continuée par son disciple M. Hardy ; 3° enfin, conciliant Alibert et Willan, mais ne procédant que de lui-même par les principes, l'enseignement de M. Bazin.

La situation n'est plus la même aujourd'hui. De ces trois enseignements, l'un, celui qui repose sur la tradition de Willan, s'est vu presque subitement réduit au silence par la retraite successive de ses plus illustres défenseurs, MM. Cazenave, Gibert et Devergie, c'est-à-dire de ceux-là mêmes qui avaient le plus contribué à son éclat et à sa fortune.

Restent donc deux enseignements, ou, si l'on préfère, deux hommes en qui se résume à peu près complétement, dans l'état actuel des choses, le mouvement scientifique en dermatologie. Ces deux hommes sont MM. Bazin et Hardy. Qu'y a-t-il de commun dans leurs doctrines ? Quelles sont les différences qui les séparent ? C'est là un point qui m'a paru laisser dans beaucoup d'esprits une regrettable confusion, et que je vous demande la permission d'examiner avec vous aussi brièvement que possible.

Empressons-nous d'abord de constater un trait commun, assurément fort essentiel, c'est que les deux dermatologistes semblent attacher une égale importance aux questions de cause et de nature. Mais dès que l'on vient à approfondir cette idée,

on ne tarde pas à reconnaître que l'analogie est dans les mots et nullement dans les choses.

Pour s'en rendre compte, il suffit de rechercher la valeur exacte et le sens réel de ces mots : « cause et nature », en se plaçant tour à tour au point de vue de l'une et l'autre doctrine.

La notion de nature, pour M. Hardy, se déduit de l'étude comparative des différentes affections de la peau envisagées dans leurs causes, dans leurs phénomènes généraux et prédominants, dans leur marche, leur durée, etc. Déterminer les affinités et les dissemblances des maladies cutanées entre elles, en quoi un herpès, une acnée, un pemphigus, maladies cutanées accidentelles, diffèrent, par exemple, d'un eczéma, d'un lichen, maladies dartreuses, d'une lèpre tuberculeuse, maladie exotique, etc., tel est, aux yeux de M. Hardy, le criterium à l'aide duquel on arrive à la connaissance de la nature.

Pour M. Bazin, la notion de nature se déduit, non pas des affinités et dissemblances qui peuvent exister entre les diverses affections de la peau, mais des conditions pathologiques au milieu desquelles ces affections se produisent, des rapports qu'elles présentent, soit entre elles, soit avec celles des autres systèmes et tissus organiques, de leur mode de succession et d'association, des lois qui président à leur développement, des caractères spécifiques que leur imprime leur cause génératrice, etc. Peu lui importe que deux éruptions se rapprochent par une similitude de symptômes aussi grande qu'on voudra l'imaginer, qu'elles se confondent même par le siége anatomique et par le mode pathogénique, car rien de tout cela ne prouve à ses yeux qu'elles soient de même nature, pas plus que l'absence de tout caractère d'analogie ne suffirait à établir leur non-identité.

Toute maladie de la peau, selon la doctrine de M. Hardy, constitue un état morbide indécomposable de sa nature, c'est-à-dire ayant sa raison d'être dans une modification *toujours*

la même, soit locale, soit générale. Dans le premier cas, c'est une maladie cutanée idiopathique, une véritable entité morbide de la peau, sans aucune relation avec un état général quelconque. Dans le second cas, la maladie cutanée devient un symptôme, mais un symptôme lié d'une manière fatale et exclusive à une influence morbifique déterminée et toujours la même. Nommer le pemphigus, par exemple, et ajouter qu'il appartient à la classe des inflammations locales ou maladies cutanées accidentelles, etc., indique que l'eczéma est une dartre, que le lichen est une dartre, etc., c'est avoir dit le dernier mot sur la nature de ces affections. Encore faut-il remarquer que la ligne de démarcation est souvent beaucoup plus apparente que réelle entre les maladies cutanées locales et celles qui dépendent d'un état général. M. Hardy consigne, par exemple, qu'il faut désigner sous le nom d'eczéma une maladie de la peau survenant sous l'influence d'un vice particulier de l'économie, la diathèse dartreuse. Eczéma et dartre constituent, dans sa pensée, deux termes inséparables, et j'allais dire synonymes, ce dermatologiste ayant étendu le sens du mot eczéma à toutes les manifestations de la dartre. La maladie de la peau, qui est l'eczéma, se trouve donc ici confondue avec sa cause morbifique, qui est la diathèse, ou n'en est distincte que par une simple vue de l'esprit. Cela est tellement vrai que le mot dartre pourrait être remplacé presque sans inconvénient par l'expression diathèse eczémateuse, et nous ne voyons pas en vérité ce que la dartre, telle que la comprend M. Hardy, aurait à perdre à cette substitution.

Pour M. Bazin, l'affection de la peau est un symptôme dont il s'agit d'apprécier la valeur : symptôme propre, lorsqu'elle tient de sa cause morbifique un cachet tout spécial qui la distingue immédiatement de toute autre manifestation morbide ; et c'est là l'exception rare ; — symptôme commun, lorsqu'elle se retrouve comme phénomène habituel et ayant sa place marquée dans des conditions pathologiques absolument différentes.

Parmi les affections propres, nous pouvons citer la plaque muqueuse, qui appartient exclusivement à la syphilis. Quant aux affections communes ou génériques, elles composent presque entièrement le domaine de la pathologie cutanée.

Avoir admis des genres en dermatologie, tel est le point fondamental et culminant des doctrines de M. Bazin, et c'est en cela que son enseignement se trouve séparé par une distance infranchissable de tous les autres enseignements, en y comprenant celui de M. Hardy.

J'arrête ici cette dissertation déjà un peu longue, et, j'en ai peur, fort indigeste; mais deux mois effacent bien des choses, et c'est à deux mois que je vous dis

Tout à vous,

L. GUÉRARD.

30 juin 1869.

REVUE DES JOURNAUX

Observation de syphilis cérébrale, par M. le docteur Solari. (*Sud médical*, nº 8, 1869.)

Vers le milieu d'octobre 1868, M. Solari fut appelé auprès d'une dame de trente ans, portant sur la face des syphilides papuleuses, et, sur les parties externes de la génération, des plaques muqueuses largement ulcérées. Autour de l'anus, les mêmes accidents étaient survenus. En outre, une perte blanche muco-purulente s'échappait du vagin.

Le mari, qui avait transmis la maladie à sa femme, portait sur les amygdales des ulcérations spécifiques. Les deux malades furent soumis, à l'insu l'un de l'autre, à un traitement spécifique qui obtint les plus beaux résultats.

Vers la fin de décembre, tout allait pour le mieux, lorsque des accidents cérébraux firent irruption chez la femme. Une céphalalgie frontale très-vive fut bientôt accompagnée d'une céphalée atroce au sinciput; les yeux s'injectèrent, des bouffées de chaleur suffoquaient la malade, qui était alternativement sous l'impression de frissons prolongés avec refroidissement des extrémités. La vue était vacillante, les pupilles tantôt dilatées, tantôt contractées fortement; le pouls petit, serré, fréquent. La malade éprouvait des envies de vomir dès qu'elle soulevait la tête.

Vu la gravité de ces nouveaux symptômes, la malade fut soumise immédiatement à un traitement mixte : trois fois par jour, frictions mercurielles sur la partie interne des cuisses et la partie antérieure de l'avant-bras; lavement matin et soir avec une solution d'iodure de potassium dont l'auteur n'indique pas la dose.

L'amélioration ne se fit pas longtemps attendre; dès le surlendemain, un mieux sensible se fit sentir, et dix jours après, l'iodure de potassium put être pris par la bouche. Les bouillons légers et le lait furent bientôt remplacés par une alimentation plus substantielle.

Un mois et demi après, la malade était en pleine convalescence; aujourd'hui (15 avril), le traitement a été suspendu momentanément. L'appétit est parfait; la malade dit se porter tout aussi bien qu'il y a un an.

M. Solari ne nous semble pas dépasser les limites d'une induction légitime en pensant qu'il a eu affaire, dans ce cas, à des exsudations gommeuses ou autres, développées sur ou sous les membranes qui enveloppent le cerveau et le cervelet.

Syphilide pigmentaire modifiée par la grossesse, par le docteur Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis. (*Revue photographique des hôpitaux de Paris*, n° 5, 1869.)

La syphilide pigmentaire est une forme spéciale qu'il ne faut pas confondre avec les taches ou macules qui succèdent à presque toutes les éruptions syphilitiques. La syphilide pigmentaire apparaît seule ou conjointement avec d'autres manifestations de la période secondaire ou intermédiaire. Elle est caractérisée par des taches peu accentuées en général, de couleur jaunâtre ou grisâtre, et séparées entre elles par des plaques dont la blancheur contraste avec celle des téguments. Les taches pigmentaires se forment aux dépens du pigment qui occupait les plaques restées décolorées, et ces dernières sont d'autant plus marquées que les premières sont elles-mêmes plus apparentes. Ces taches ne font aucune saillie.

L'intervention de la grossesse modifie à tel point la syphilide pigmentaire, qu'on ne retrouve plus les principaux caractères classiques dont nous avons parlé. En effet, chez la femme qui fait le sujet de l'observation et dont la photographie est repré-

sentée dans une planche, la pigmentation est très-forte et offre partout la nuance dont se colore l'aréole du sein chez les femmes brunes pendant l'état puerpéral. Les taches s'affaiblirent en quelques semaines, et leur disparition était à peu près complète lorsque la malade quitta le service. Le traitement spécifique auquel elle fut soumise durant son séjour à l'hôpital s'adressait surtout à des plaques muqueuses, et l'on ne peut attribuer à l'efficacité du traitement la modification des taches pigmentaires. Ces dernières ont, en général, une durée assez irrégulière, et on les voit disparaître au bout de cinq à six semaines, tandis qu'on les voit aussi se prolonger pendant plusieurs mois, et même toujours d'après quelques auteurs.

Le diagnostic de la syphilis pigmentaire est en général facile à établir : le siége des taches, le défaut de saillie et l'absence de démangeaisons sont suffisants pour ne point confondre cette affection avec le pityriasis versicolor, chez lequel le microscope fait, en outre, retrouver un parasite végétal. Le pityriasis versicolor tend à se propager, tandis que la pigmentation syphilitique reste stationnaire; le pityriasis affecte une coloration plus franchement jaune que celle de la syphilide pigmentaire ; les antécédents enfin et les cas concomitants peuvent, dans les cas douteux, éclairer le diagnostic.

Les éphélides, dont le siége de prédilection est le front ou les autres parties du visage, régions que ne recherche pas la syphilide pigmentaire, peuvent ressembler beaucoup à cette dernière quant à la coloration, mais nous ne pensons pas que le doute puisse jamais mériter une recherche des antécédents ou celle de phénomènes concomitants.

Note du professeur Hebra (de Vienne) sur l'existence de champignons dans l'eczéma marginatum. (Voy. le n° 4, p. 327.)

J'ai décrit sous le nom d'*eczema marginatum* une affection cutanée particulière, qui s'observe sous forme de plaques

rouges, de cercles, de segments de cercle, à la face interne de la cuisse, le plus souvent chez les hommes, surtout chez les cordonniers; je l'ai considérée comme une espèce particulière d'eczéma, parce qu'elle présente les symptômes caractéristiques de cette affection, des papules, des vésicules et des excoriations, et provoque de fortes démangeaisons; ces phénomènes s'observent surtout à la périphérie des parties malades, sur les bords saillants et frangés des taches.

La marche chronique de l'affection, son opiniâtreté et sa tendance aux récidives, sa localisation exclusive aux parties atteintes, sa rareté et sa sporadicité ont confirmé mon opinion sur sa nature et sur son existence. Je me suis donc cru, à l'époque où j'ai donné la première description, en droit de la considérer comme une espèce d'eczéma, et, aujourd'hui, je maintiens encore mon diagnostic : eczéma marginatum.

Mais « y a-t-il, oui ou non, des champignons dans les produits morbides de la maladie (épiderme enlevé)? » Ici, je suis obligé de modifier ma première assertion; car, dans beaucoup de cas, j'ai trouvé, depuis, des productions végétales évidentes dont je n'admettais pas l'existence auparavant. Ces parasites doivent-ils être considérés comme cause efficiente de l'eczéma ou comme des produits accidentels dont le développement est favorisé par le siége de la maladie et la macération de l'épiderme?

Baerensprung a déjà fait remarquer qu'il existe souvent, à la face interne de la cuisse, à l'endroit où le scrotum s'applique contre elle, une affection cutanée qui s'y localise et qui se dénote par une pigmentation plus foncée de la peau ou par une coloration rouge brune, et n'occasionne pas de démangeaisons. Il est facile de reconnaître à ces signes un pityriasis versicolor localisé, et l'examen microscopique de l'épiderme enlevé par le grattage révèle toujours l'existence des champignons caractéristiques. J'ai eu tout récemment l'occasion d'observer un cas vraiment type chez un homme de mon service, dans les deux aisselles et à la face interne des deux cuisses. — Quand, dans

un cas de ce genre, une irritation locale telle que le frottement du scrotum contre la cuisse, l'accumulation de la sueur, produit de l'eczéma, celui-ci rencontre un stratum épithélial déjà semé de champignons; les symptômes de l'eczéma se présenteront donc combinés à ceux du pityriasis, ou, en d'autres termes, on trouvera des éléments végétaux dans l'épiderme enlevé à la surface des points eczémateux.

Le cas inverse peut se produire : un point eczémateux peut constituer un terrain favorable au développement du cryptogame. On s'explique ainsi comment il se fait que, en examinant à diverses reprises les produits d'un eczéma marginatum, on ne trouve d'abord aucune espèce de parasite végétal, tandis qu'on le rencontre souvent plus tard; cela est arrivé à d'autres qu'à moi.

Je me range donc à la définition donnée par Pick de mon eczéma marginatum, en ce sens que *très-souvent*, peut-être toujours, il y a des éléments parasitaires; mais je ne puis, en aucun cas, identifier l'eczéma marginatum avec l'herpes tonsurans. Car :

1° L'herpes tonsurans a toujours une marche aiguë dans les parties non garnies de poils, c'est-à-dire qu'il guérit toujours dans un espace d'environ deux mois, très-souvent sans récidiver, tandis que l'eczéma marginatum est d'une opiniâtreté sans exemple et récidive toujours, alors même qu'il paraît complétement guéri. Ainsi, l'un des malades cités par Pick n'est pas encore débarrassé de son mal; la face interne de sa cuisse gauche est moins rouge; au mois de janvier dernier, il n'y avait pas de signes marqués d'eczéma; mais l'épiderme contient encore de longues chaînes de conidies. Un maître charpentier, traité par M. Lecis et par moi, a déjà plusieurs fois paru complétement guéri; depuis des années, il exécute scrupuleusement toutes les prescriptions qui lui sont faites; mais, malgré les soins de propreté les plus minutieux et des lotions savonneuses répétées tous les jours, sa maladie réci-

dive; Kohn a trouvé de magnifiques éléments parasitaires dans les produits de son eczéma;

2° L'herpes tousurans apparaît en efflorescences multiples, et se généralise assez rapidement, en quelques semaines, tandis que l'eczéma marginatum n'est que très-rarement multiple, s'enracine le plus souvent à l'endroit malade, ou bien s'étend par contiguïté. C'est ce que démontrent les cas que j'ai décrits, ainsi que ceux de Köbner et de Pick;

3° Le siége est complétement différent dans les deux affections : l'herpes envahit de préférence le cuir chevelu, la face, la peau du tronc, tandis que l'eczéma marginatum affecte la peau de l'aine, de la face interne de la cuisse et apparaît en général dans les endroits où la peau est macérée et irritée par les sécrétions. Cette macération provoque l'eczéma d'une part, et favorise d'autre part le développement des parasites.

Je maintiens donc le terme : eczéma marginatum ; on pourra, pour rendre la définition plus exacte, ajouter le mot *parasitaire* pour les cas dans lesquels l'examen microscopique des produits aura fait découvrir des parasites. Dr LORBER.

Observation de syphilis hépatique et pulmonaire, par le docteur Napoleone Vecchi, assistant à l'hôpital de Sainte-Ursule, à Bologne.

Syphilis hépatique. — L'auteur regarde la gomme comme la forme spécifique, essentielle de la syphilis hépatique. La périhépatite, les dégénérescences graisseuse et amyloïde, bien que dérivant quelquefois de la vérole, ne sont pas des lésions spécifiques comme on a voulu le faire croire.

La gomme (*granuloma*, de Wirchow) peut affecter la superficie ou les parties centrales du foie, et c'est à cette dernière forme, beaucoup plus grave que la première, que le professeur Gamberini donne le nom de tubercules syphilitiques.

Après quelques détails empruntés à Virchow sur la struc-

ture et la marche de ces tumeurs, le docteur Vecchi rapporte un fait de gomme externe du foie, traité avec succès dans le service du professeur Gamberini.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, né à Castel San-Pietro (Émilie). Parents indemnes de syphilis. A l'âge de vingt-quatre ans, blennorrhagie et végétation sur le gland. En 1854, en garnison à Rome, le malade, après un coït impur, et deux semaines d'incubation, fut atteint près du frein d'un ulcère de moyenne étendue, sécrétant une médiocre quantité de pus, mais nullement dangereux. Il n'y prêta aucune attention, et négligea les soins de propreté les plus élémentaires, si bien que, tout près de l'ulcère primitif, d'autres chancres plus petits et suppurant abondamment, ne tardèrent pas à se montrer, bientôt suivis d'une adénite inguinale double suppurée qui força le malade à s'aliter pendant deux mois. Après un traitement approprié, guérison complète.

En 1860, cet homme, de retour dans son pays où il avait repris ses travaux d'agriculture, s'aperçut que le testicule droit augmentait de volume et devenait douloureux après la moindre fatigue ; des frictions locales et l'usage interne de l'iodure de potassium amenèrent de bons résultats, mais le testicule resta volumineux et fortement induré sur quelques points.

Au printemps de 1864, douleurs externes, ostéocopes, qui par leur intensité croissante condamnèrent le malade au lit : nouveau traitement ioduré, suivi d'une notable amélioration.

Au mois de mars 1866, le malade éprouva une légère douleur dans la région hépatique, en avant dans le sixième espace intercostal et dans un point bien limité, douleur augmentant vers le soir, mais qui ne l'empêcha pas de vaquer à ses occupations. Malgré quelques frictions de pommade à l'extrait de ciguë, les souffrances allèrent en augmentant et s'irradièrent aux deux côtés. En même temps, inappétence, constipation opiniâtre, léger degré d'ictère, céphalalgie et fièvre tous les soirs. Un peu de voussure de la cage thoracique à droite.

Traité par tous les médecins qu'il consulta pour une hépatite, et soumis à diverses médications qui restèrent sans effet, cet homme se décida à entrer à l'hôpital Sainte-Ursule le 15 septembre 1868, dans le service du professeur Gamberini.

Le malade est de taille moyenne et bien conformé : la peau un peu sèche présente une légère coloration ictérique ainsi que la conjonctive oculo-palpébrale ; la région cervicale est le siége d'une pléïade ganglionnaire bien accusée ; la partie supérieure du sternum présente une tumeur de l'étendue d'une pièce de 5 francs, dure, sensible à la pression ; la peau qui la recouvre est saine, mais adhérente. Rien au cœur ni aux poumons. Légère voussure au niveau de la région hépatique. Le bord libre du foie descend environ deux travers de doigt au-dessous de l'axe costal. Sur la ligne mammaire et à ce niveau, on sent une large nodosité, difficile à bien circonscrire, très-dure, à surface lisse et irrégulière.

A la percussion, on constate que le foie est notablement accru de volume, surtout dans le sens du diamètre longitudinal.

Cicatrices d'adénite inguinale et pléiade persistante.

Les urines ne présentent pas la réaction biliaire.

En présence de cette série symptomatique, le diagnostic ne fut pas long à porter. En présence de l'inutilité des traitements antérieurs, on ne pouvait songer à une affection ordinaire du foie ; on écartait aussi l'idée d'un carcinome, à cause de la longueur de la maladie, de l'absence d'ascite, et des autres caractères de cette affection. Tout au contraire, on était disposé à croire à une lésion syphilitique du foie. En conséquence, on soumit le malade à l'usage de l'iodure de potassium, aux bains de vapeur, en même temps qu'on employait localement la teinture d'iode et la pommade mercurielle double.

Sous l'influence de ce traitement rationnel, l'ictère disparut, le volume du foie diminua sensiblement, ainsi que celui de la tumeur, si bien qu'au bout de deux mois tout était rentré dans l'ordre et qu'on avait de la peine à atteindre, dans les

grands mouvements respiratoires, une dépression dure et irrégulière qui avait remplacé la tumeur disparue. La périostose sternale avait aussi cédé aux applications de teinture d'iode, et l'état général étant excellent, le malade put aller reprendre ses travaux.

Rien ne pouvait mieux que cette guérison complète confirmer le diagnostic de *gomme externe du foie* qu'avait porté le professeur Gamberini.

Syphilis pulmonaire. — Tont en acceptant avec Wirchow que la péribronchite et la pneumonie peuvent dans certains cas donner naissance à des produits faciles à confondre avec des lésions spécifiques, l'auteur croit pouvoir admettre trois formes ou séries distinctes de néoplasmes syphilitiques du poumon :

1° Petites nodosités de volume et de couleur variables, rassemblées sous la plèvre, à la surface ou dans le parenchyme du poumon, de structure fibreuse et tournant à la régression graisseuse.

2° A une deuxième série appartient une pneumonie lobulaire caséeuse, se distinguant des autres produits de cette nature par une prolifération cellulaire beaucoup plus abondante.

3° A une troisième et dernière série appartiennent aussi des affections pulmonaires simplement inflammatoires, presque jamais gommeuses, ne présentant pas une ligne de démarcation bien précise avec la pneumonie et la bronchite catarrhales, qui deviennent si souvent caséeuses.

Tous ces faits demandent encore de nombreuses recherches cliniques et anatomo-pathologiques ; aussi trouvera-t-on quelque intérêt dans l'observation suivante :

M. N. est un ouvrier de la plaine de Bologne ; marié jeune encore, il a des enfants bien portants et a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de trente-deux ans, où, après un coït avec une femme publique, il contracta au prépuce un chancre dur qu'il garda environ trois mois, et fut suivi de plaques mu-

queuses de la gorge traitées heureusement par le protoiodure de mercure et les cautérisations avec le nitrate d'argent. Ceci se passait en 1868. Au mois d'octobre, le malade fut pris d'une dyspnée insolite, à progrès rapides. Le professeur Gamberini, à la clinique duquel il s'était présenté, soupçonna une lésion pulmonaire spécifique, et lui conseilla d'entrer à l'hôpital, après lui avoir préalablement prescrit l'usage interne de l'iodure de potassium. Cet homme est de stature moyenne et bien musclé. On constate une certaine gêne des mouvements respiratoires dans la moitié gauche de la poitrine. A la percussion, au niveau du bord inférieur de la troisième côte, sur la ligne parasternale, submatité anormale qui se change en matité complète vers la quatrième côte, et représente un espace presque elliptique de l'étendue d'une pièce de 5 francs, où le murmure vésiculaire est à peu près nul. Les autres points du thorax sont normaux. Induration considérable des ganglions axillaires et cervicaux. Le malade ne se plaint que de la gêne de la respiration et d'un sentiment général de malaise. Toute la médication consiste dans l'administration d'une dose journalière de 3 grammes d'iodure de potassium. En quarante jours, tous les symptômes morbides ont disparu et le malade quitte l'hôpital parfaitement rétabli.

Le professeur Gamberini n'avait pas hésité à voir dans ce cas un fait de syphilis pulmonaire, que l'auteur regarde comme pleuro-pneumonie circonscrite, avec foyers caséeux situés sous la plèvre ou à la surface du poumon. La lésion était éminemment limitée, puisqu'on a pu si rapidement arrêter et faire diparaître les phénomènes morbides. On ne pouvait songer ici ni à une affection tuberculeuse, ni à une pleurésie aiguë circonscrite, puisqu'il n'y avait ni toux, ni fièvre, ni point douloureux caractéristique, en un mot, aucun phénomène d'acuité. D'autre part, comment s'expliquer une pleurésie chronique primitive aussi limitée ? Du reste, les symptômes concomitants, la pléiade, l'enchaînement des accidents syphilitiques,

et surtout en dernier lieu les excellents résultats du traitement spécifique, suffisent à lever tous les doutes. (*Giornale Italiano delle malattie veneree et della pelle,* numéro de février 1869.)

Des maladies cutanées qu'on rencontre chez les ouvriers des filatures de lin, par H. S. Purdon.

M. Purdon, médecin du dispensaire pour les maladies de peau de la ville de Belfast, donne dans ce travail les résultats de sa pratique au dispensaire pendant deux ans et neuf mois. Pour comprendre l'importance de cette statistique, il faut savoir que Belfast, sur une population de 150 000 habitants, ne compte pas moins de 30 000 ouvriers employés dans 90 filatures. Les femmes sont en grande majorité, mais on peut regretter que l'auteur n'ait pas donné la proportion exacte des deux sexes. Voici le tableau qui résume la statistique de M. Purdon :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Eczéma	87	110	197
Lichen	9	6	15
Urticaire	»	10	10
Acné	3	9	12
Ulcères	5	47	52
Scrofulides	34	68	102
Pityriasis versicolor	5	15	21
Lèpre vulgaire	»	10	10
Onyxis	2	19	21
Syphilides	1	13	14
Gale	5	10	15
Teigne tonsurante	1	4	5
Erysipèle	»	2	2
Alopécie	»	2	2

De ces affections, les dernières ne présentent rien de spécial au point de vue professionnel. Mais les premières ont fourni à l'auteur l'occasion de quelques observations intéressantes.

On peut remarquer sur le tableau donné ci-dessus la fréquence des maladies inflammatoires telles que l'eczéma et les ulcères. L'auteur explique très-bien cette fréquence par les

conditions dans lesquelles travaillent ces ouvriers : les salles sont constamment chauffées à une température de 70 à 100 degrés Fahrenheit; le sol est moite ; les ouvriers ne portent presque jamais de bas et s'exposent ainsi naturellement à des irritations cutanées répétées. En été, l'urticaire et le lichen sont particulièrement fréquents, et cette dernière affection se transforme assez souvent en eczéma.

L'eczéma est souvent impétigineux ; mais les ouvriers séranceurs semblent prédisposés à l'eczéma fissum; en hiver, en effet, leurs mains portent souvent des gerçures qui se convertissent en fissures douloureuses, qui impriment un cachet particulier à l'eczéma primitif.

Dans les salles de cardage circule un air chargé d'impuretés organiques visibles à l'œil nu; aussi ne s'étonnera-t-on pas de rencontrer chez les ouvriers cardeurs une maladie reconnue pour être parasitaire; c'est chez eux en effet que M. Purdon a surtout observé le pityriasis versicolor.

Enfin les manifestations cutanées de la scrofule sont fréquentes à Belfast, qui rentre sous ce rapport dans la loi des grandes cités industrielles où l'agglomération des ouvriers, l'insuffisance des moyens matériels et le manque d'hygiène créent un vaste champ à cette triste maladie. (*Journal of Cutaneous Medicine and Diseases of the Skin*, numéro de juillet 1868.)

Traitement de la syphilis constitutionnelle par l'acide carbolique,
par Henry Greenway, esq., de Plymouth.

Au commencement de cette année, dit l'auteur, j'eus la pensée que, comme les sulfites de soude et de magnésie sont employés avec succès pour arrêter les progrès de certaines maladies fébriles, d'après la théorie qui dote l'acide sulfureux du pouvoir de neutraliser le *materies morbi*, les mêmes agents pourraient rendre d'utiles services dans le traitement de la sy-

philis constitutionnelle. J'en fis donc l'expérience, et, bien que dans quelques cas il y ait eu une légère amélioration, je n'ai pas réussi à la rendre définitive. Peut-être n'ai-je pas persisté assez longtemps dans le traitement. D'autres médecins ont eu la même idée que moi (voyez *British Medical Journal* du 10 octobre, p. 390), et il paraîtrait que, chez eux, la pratique a donné des résultats plus favorables.

L'acide carbolique, bien que quelquefois administré à l'intérieur, a aujourd'hui une grande réputation comme application externe dans tous les cas compris entre une simple blessure et les ulcères cancéreux ou syphilitiques.

Pensant que cet acide, en pénétrant dans l'organisme, pourrait préserver de l'infection les tissus sains quand ils sont exposés aux poisons organiques introduits dans la circulation et permettre ainsi à l'élément morbide de s'éteindre, je me suis déterminé à essayer ses effets dans la syphilis constitutionnelle.

Je suis heureux de pouvoir annoncer que mes expériences ont produit d'heureux résultats. Deux des cas dans lesquels j'ai employé cette médication étaient anciens et avaient résisté à tous les traitements ordinaires : mercure en pilules, bains et frictions, iodure de potassium à doses variées, chlorate de potasse, sulfites, etc. Je prescrivis cinq gouttes du glycérolé d'acide carbolique (P. B.) dans 45 grammes d'eau à prendre trois fois par jour, augmentant graduellement la dose jusqu'à dix gouttes. Après quelques semaines, tous les signes d'éruption secondaire avaient disparu.

Le *modus operandi* dont j'ai parlé est-il le plus convenable ? Le remède réagit-il en effet contre le virus? Je n'ose me prononcer à cet égard. Ces malades étaient des femmes; aucune d'elles n'était pauvre, et, dans le cas le plus rebelle, la malade jouissait d'un confortable complet. J'ai suivi les règles habituelles en ce qui concerne le régime et l'hygiène. Mon expérience jusqu'à présent, dans le traitement de cette maladie par l'acide carbolique, peut me permettre d'offrir à la médecine un

nouveau spécifique; mais j'espère que mon succès engagera quelques-uns de mes confrères à essayer ce remède. Par mesure de précaution, il devrait être préparé avec l'acide incolore de la *pharmacopée*. Je signale ce fait, parce que quelques-unes de mes ordonnances ont été préparées avec une substance inférieure provenant des cristaux bruns du commerce, qui peut être nuisible donnée à l'intérieur. Je n'ai pas essayé d'administrer les cristaux sous forme de pilules. Je conseillerais l'usage de ce traitement pour quelques semaines, pendant la durée de la première période de la syphilis, sans attendre l'apparition des symptômes secondaires. Probablement cet acide pourrait être employé avec succès dans d'autres cas d'empoisonnement du sang. (*British Medical Journal*, numéro du 19 octobre 1868, p. 635.)

Plusieurs détails importants manquent dans l'unique observation de M. Greenwich, détails qui seraient nécessaires pour qu'elle mérite d'être portée comme succès au compte de l'acide carbolique. Rien de plus commun, en effet, que de voir une éruption *secondaire* disparaître *en quelques semaines*, alors qu'aucun traitement spécifique n'a été ni n'est employé, et la guérison de la malade de M. Greenwich peut fort bien n'être qu'un exemple de ces terminaisons spontanées.

Mais ce cas « avait résisté à tous les traitements ordinaires », me répondra-t-on avec l'auteur? — Eh bien, c'est justement ici qu'apparaît la nécessité d'une relation moins laconique. Ces mots « avait résisté à tous les traitements ordinaires » s'appliquent-ils à l'éruption qui a cédé pendant l'ingestion de l'acide carbolique, ou ne s'entendent-ils au contraire que du cours entier de la syphilis, dont cette éruption ne marquait que l'une des phases? Voilà ce que l'auteur aurait dû dire et ce que nous avons le droit de lui demander avant de substituer, sur la foi de son assertion vague, un spécifique nouveau à un spécifique éprouvé.

Mort du docteur Galligo (de Florence), rédacteur en chef de l'Imparziale. — Nous venons de recevoir le dernier numéro de l'*Imparziale* encadré de noir par suite de la mort de l'éminent syphiligraphe toscan. Il a été emporté par une phthisie dont les progrès rapides ne laissaient depuis longtemps aucun espoir à ses amis. Collaborateur dévoué de nos *Annales*, dans le prochain numéro nous devions publier et nous publierons une longue lettre sur la prostitution adressée à M. le docteur Diday. Notre cahier était déjà composé quand nous avons appris la mort du docteur Galligo. Sans cette circonstance, nous eussions inséré immédiatement le dernier travail sorti de sa plume.

On retrouvera dans cet écrit toutes les qualités qui distinguaient à un si haut degré le savant que l'Italie vient de perdre, l'excellent confrère, l'homme charitable, que regretteront tous ceux qui ont pu le connaître et l'apprécier. Ce sera pour les *Annales* une perte vivement sentie et par l'estime en laquelle nous tenions ses travaux, et par la sympathie qu'il nous inspirait.

Toujours ardent, toujours sur la brèche, Galligo, en fondant l'*Imparziale*, s'était élevé du premier coup au rang des journalistes qui ne se bornent pas à consulter l'opinion, mais qui la font. Aussi la mort de notre savant et distingué confrère donnera-t-elle lieu à d'universels regrets dans la presse et la profession médicales.

— La Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de Dijon, Beaune et Semur a proposé un *prix de* 200 *francs à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :*

Des devoirs du médecin au point de vue de la morale, de la loi et de la jurisprudence, dans les cas de syphilis infantile, vis-à-vis de l'enfant, de ses parents, de la nourrice.

1° Les mémoires, écrits en français, devront être adressés avant le 1er décembre 1869 (terme de rigueur), au secrétaire général de la Société ;

2° Tous les médecins français, sans aucune exception, sont admis à concourir ;

3° Les mémoires devront porter une épigraphe et être accompagnés d'une lettre signée reproduisant cette épigraphe ; les lettres ne seront décachetées qu'après le jugement rendu par le jury ;

4° La commission administrative sera constituée en jury.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

A PROPOS DE QUELQUES MESURES
RELATIVES A LA
PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES ET SYPHILITIQUES (1)

Mon cher et savant ami,

Bien qu'assez malade encore, pour n'avoir pu prendre une part personnelle et active aux réunions de la commission internationale pour la prophylaxie des maladies vénériennes, nommée par le congrès médical international de Paris, j'ai pu cependant adresser à mes honorables collègues deux brèves communications dans lesquelles j'ai exposé les principes que, selon ma conviction, il serait d'une urgente nécessité d'appliquer.

Cependant (en omettant la complète énumération que j'en fais), comme je vois déjà s'élever des discussions à l'endroit

(1) Lettre du docteur J. Galligo, membre de la commission internationale du Congrès médical de Paris, au docteur P. Diday, ex-chirurgien en chef de l'hôpital des Vénériens de Lyon.

de l'une des mesures que je proposais même dès 1849, et que je reproduisais dans mes *projets de législation uniforme sur la prostitution pour tout le royaume italien*, parce qu'avec de légères modifications ces règles s'appliqueraient facilement à toutes les nations, je dois aujourd'hui intervenir comme partie intéressée dans la discussion déjà commencée entre le docteur Le Roy de Méricourt et le docteur Jeannel, mon distingué collègue de la commission internationale. Cette polémique m'oblige encore à affirmer avec plus d'énergie la nécessité de certaines mesures préventives dont j'aurais voulu que le rapport rédigé par nos habiles collègues les docteurs Crocq et Rollet fît une mention *très-claire* et *sans la moindre réticence.*

Au point où en sont aujourd'hui les études syphiligraphiques, et celles relatives à la prophylaxie des maladies vénériennes, surtout après les intéressantes communications faites au congrès de Paris par notre savant ami de Méric, nul ne peut douter un instant de l'indispensable nécessité où se trouvent non-seulement l'Angleterre, mais tout pays où la prostitution n'est pas réglementée, d'arriver au plus tôt à cette réglementation en lui donnant *partout* la plus *grande uniformité possible*, puisqu'il est de fait que, là où la prostitution est le mieux disciplinée, là aussi les maladies vénériennes et syphilitiques sont moins violentes et moins nombreuses.

En effet, en France, en Belgique, en Italie, en Prusse, et partout où les règlements sur la prostitution sont appliqués avec intelligence dans des dispensaires appropriés, on peut dire, tout à la fois, que le nombre et la gravité des maladies vénériennes diminuent en même temps que les formes syphilitiques deviennent et plus circonscrites et plus légères.

Si donc, acceptant les règles établies par les gouvernements civilisés, on arrivait à produire des *règlements municipaux*, des *décrets officiels internationaux et uniformes*, enrichis de certaines précautions, discutables sans doute, mais dignes, selon nous, d'une application sérieuse, on pourrait se pro-

mettre des résultats encore plus remarquables et pour ainsi dire complets.

Qui pourrait douter, du reste, de la grande influence prophylactique qu'ont sur les maladies vénériennes les visites que subissent les armées de terre et de mer de chaque nation? C'est même, dans certains pays, une sage pensée d'obliger les soldats à faire connaître le nom de la femme qui les a rendus malades, puisqu'ainsi l'on arrive à la source impure de la transmission morbide, pour limiter la propagation ultérieure du mal. L'utilité des *visites* médicales dans les armées est d'une incontestable utilité. Médecin dans l'armée italienne, j'avais, avec l'autorisation du colonel, introduit dans le régiment des carabiniers, le système des visites extraordinaires, et je parvins à amener ces militaires à nous indiquer les femmes qui les avaient infectés et à nous déclarer leur maladie dès l'apparition des premiers symptômes. A cet effet, nous tâchions d'obtenir l'abrogation d'une disposition réglementaire de l'armée d'Italie, par laquelle, tout soldat entrant à l'hôpital pour cause de maladie vénérienne doit payer une amende de 5 francs, puis être consigné au quartier d'où il ne peut sortir jusqu'à la guérison entière. De telles prescriptions, on l'entend sans peine, outre qu'elles n'empêchent pas une seule infection, font, de plus, que le soldat, au lieu de dénoncer sa maladie naissante, s'étudie au contraire à la cacher de son mieux aux visites ordinaires.

Aussi nous ne saurions insister assez pour l'abrogation de règlements si vicieux, et pour que chaque nation civilisée établisse l'hospitalisation sur les bases les plus larges, et favorise par une indulgence intelligente la *déclaration spontanée* et *volontaire* de la maladie vénérienne acquise faite par le soldat à ses supérieurs. J'espère, mon confrère, que vous partagerez mon avis; car il n'est plus admissible qu'en 1869, comme dans les siècles passés, l'on puisse encore condamner les vénériens aux amendes et aux persécutions.

Arrivant aux visites à faire aux *marins*, je les crois non-seulement utiles au *départ* comme à l'*arrivée* des flottes de chaque nation, mais je voudrais, avec le docteur Jeannel, voir cet usage s'introduire également dans la marine marchande. Je ne saurais, en vérité, prendre en considération sérieuse les objections faites au docteur Jeannel par le docteur Le Roy de Méricourt, c'est-à-dire l'atteinte portée à la liberté des marins, et l'impossibilité d'appliquer le système, quand il est de fait, qu'avant d'être reçu à bord du vaisseau marchand, chaque marin doit subir une visite générale et minutieuse d'où résulte la constatation d'un parfait état de santé ; pourquoi donc faire une exclusion pour les hommes atteints de maladies vénériennes et syphilitiques? Une fois l'innocuité d'affection vénérienne constatée au départ des ports, centres trop privilégiés de ces maladies, il est à peu près sûr, à peu d'exceptions près, qu'un très-petit nombre de marins seront malades au moment du débarquement. Par conséquent, la visite au moment de l'embarquement de l'équipage ne saurait produire que d'excellents résultats. Du reste, je ne tiens pas moins à une seconde visite des marins de la marine marchande, lors de l'arrivée à la destination du navire, surtout après un voyage au long cours. En effet, quoique lors de l'embarquement on n'ait pas trouvé trace de maladies infectieuses, la syphilis peut très-bien se déclarer quand le marin débarque, et alors, non-seulement, sa santé serait compromise, mais encore la sécurité des habitants de la localité où il arrive porteur du germe contagieux.

Un excellent moyen qui supprimerait toutes les difficultés pour la visite au débarquement, dans les voyages au long cours, serait un règlement à adopter par la marine marchande, en vertu duquel un *prix* serait donné au marin qui, pendant la traversée, ou au moment de l'arrivée, se déclarerait spontanément affecté de maladie vénérienne. Pour les voyages de très-courte durée, on pourrait à la rigueur se contenter d'une

seule visite au départ, pourvu toutefois que le laps de temps soit insignifiant.

Vous savez d'ailleurs, mon savant ami, que dès 1849 et plus tard, en 1860, dans le projet de règlement sur la prostitution publié par moi, j'avais réclamé cette double visite comme obligatoire pour les marins. — Je n'ai pas alors admis seulement la nécessité des visites aux marins, mais je voulais appliquer la visite à tous les hommes qui fréquentent les *maisons de prostitution.* Cette visite effectuée par la maîtresse du lieu, suffisamment instruite, ou par l'une des prostituées, donnerait à la fois une garantie à ces malheureuses, et mettrait un frein à l'entraînement de ceux qui se rendent aux maisons de tolérance, tant par la crainte d'y être refusés, s'ils sont malades, que par l'appréhension d'y être reconnus. Tel a été, mon excellent ami, ce livre classique où, avec votre savoir et votre talent, vous avez suggéré l'application légale à notre sujet de l'article 309 du code pénal (1); à savoir : « *Sera puni* » *de la reclusion tout individu qui volontairement aura fait* » *des blessures, ou porté des coups, s'il est résulté de ces* » *sortes de violences une maladie ou une incapacité de travail* » *personnel pendant plus de* 20 *jours.* »

Eh bien, j'ai toujours été partisan de cette mesure de prévoyance et je le deviens tous les jours davantage, sans tenir compte de l'opinion de ceux qui la traitent d'étrangeté et la croient inexécutable. Je crois que cette mesure est non-seulement réalisable, mais infiniment utile et humanitaire.

Personne mieux que vous ne sait que, dans le règlement sur la prostitution de la ville de Hambourg, ce principe est écrit et mis en activité, et vous vous souviendrez aussi que, dans mon projet de règlement pour l'organisation uniforme de la prostitution en Italie, je prescrivais rigoureusement cette visite

(1) Diday, *Nouvelles doctrines sur la syphilis.* Paris, 1858, p. 524 et suiv.

préalable, qui éloigne les individus malades des maisons tolérées, et restreint simultanément les clients de la Vénus Clandestine, car la garantie, conséquence naturelle de la visite, est loin de déplaire, même aux libertins. Je puis même vous assurer avoir connu plusieurs prostituées qui, par le soin rigoureux qu'elles mettaient à bien *visiter* leurs *visiteurs*, étaient arrivées à établir un diagnostic assez exact, de telle façon, que pendant une longue carrière, elles avaient su conserver la santé sans présenter *jamais* aucun accident ni *syphilitique* ni *vénérien !*

Mon état de maladie m'empêchant de me rendre au milieu de mes honorables collègues de la commission internationale de Paris, je me suis procuré l'honneur de leur adresser successivement deux lettres, dans lesquelles j'insiste sur la nécessité qui incombe à tous les gouvernements qui doivent faire un règlement sur la prostitution, d'y établir nettement et sans détours la visite des hommes dans les maisons de tolérance, et de sanctionner cette clause par une pénalité relative. J'ai dit encore que les maîtresses de maisons devaient non-seulement être tenues à visiter les hommes qu'elles reçoivent, mais encore à faire subir au moins chaque jour une visite à toutes leurs prostituées, et à réclamer, au moindre soupçon de maladie, l'intervention des médecins chargés du service de la prostitution. Tout cela soit dit une fois sur ce sujet, qui recevra un sérieux appui de votre parole si autorisée, qui serait entendue si utilement au milieu des discussions de la commission internationale dont je suis membre. Pendant que j'ai le plaisir de vous entretenir de cette très-importante question (laissant de côté tout ce qui a été émis sur ce point, tant par la commission que par moi), je veux appeler votre attention et celle de la presse sur diverses autres mesures dont l'importance n'est pas moindre et que j'ai également communiquées à mes collègues de la commission internationale. Tout d'abord, il faudrait obtenir plus de largeur et de facilités pour l'*admission des vénériens dans les hôpitaux*. Ensuite, il faudrait que les

femmes syphilitiques et vénériennes fussent reçues dans des hospices non-seulement distincts de ceux où l'on admet les prostituées, comme nous le pratiquons en Italie, mais en entourant la réception des femmes honnêtes atteintes de syphilis de l'*incognito* strict et du secret dont on use, par exemple, à l'égard des filles mères dont on veut tenir la grossesse cachée. De la sorte, ces femmes qui cachent leur infirmité, n'étant plus empêchées par la honte de la faire connaître, se feraient traiter de suite sans difficulté.

Pour limiter autant que possible la *syphilis par l'allaitement*, tant dans l'intérêt des nourrices que des nourrissons, il faudrait non-seulement exiger des parents une déclaration sincère des maladies dont ils sont souvent porteurs, mais, de plus, il faudrait instituer les visites les plus rigoureuses pour les nourrissons et les nourrices. Les médecins des campagnes (*medici condotti*), devraient chaque semaine visiter l'enfant allaité et celle qui lui donne le sein. Cela se pratiquerait par eux sur le terrain de la commune et du département, avec l'obligation de donner avis de la maladie constatée, soit aux syndics (maires) des communes, soit aux parents des enfants. Ces enfants syphilitiques devraient, en outre, être confiés à des nourrices syphilitiques, afin qu'on pût instituer, à l'avantage commun, un double traitement.

Du reste, sans m'étendre sur d'autres particularités relatives à la *syphilis vaccinale*, à celle qui complique la *circoncision*, à celle des *verriers*, aux *endo-épidémies* de syphilis, et sur toutes les précautions hygiéniques dont la nécessité n'est contestée par personne, je ne veux point clore ces courtes réflexions sans réclamer encore l'autorité de votre patronage, à l'effet d'insister sur l'importance qu'il y a de rendre les *visites gratuites* pour les *prostituées pauvres*; on ne frapperait d'amende que les *prostituées riches*, selon la proposition très-juste du docteur Jeannel, alors qu'elles réclameraient la visite à des jours ou à des heures distincts, mais toujours au bureau

sanitaire (*bureau des mœurs*), en raison de l'inconvenance, pour le médecin, d'aller les visiter dans les maisons de tolérance. Comme vous, je veux des visiteurs capables, s'occupant consciencieusement de leur mission, et je ne saurais trop souscrire à la précaution que vous suggériez dès 1858, à savoir qu'un seul ou plusieurs *inspecteurs* dans chaque État puisse à *son gré*, et à l'*improviste*, visiter les prostituées, même peu d'instants après la visite faite par le médecin ordinaire. Si, dans cette inspection de *contrôle*, on découvre un ulcère bien caractérisé, une sécrétion purulente de l'utérus, du vagin, une autre manifestation syphilitique ou vénérienne des organes génitaux, du rectum ou sur un autre point, le médecin visiteur convaincu de négligence devrait être *suspendu* d'abord, puis *destitué* en cas de récidive, après une *consultation* qui mettrait la décision de l'inspecteur à l'abri de tout soupçon d'arbitraire. La même peine, selon moi, devrait être infligée à tout médecin de *syphilicôme*, d'hôpital spécial, ou non, soit quand il refuse une femme réellement malade, envoyée comme telle à l'hospice par le médecin visiteur, soit quand, au préjudice de l'humanité, il fait sortir du service, sous prétexte erroné de guérison, une femme encore malade. J'insiste sur ce point, parce que malheureusement, et pour l'humiliation de notre science, des faits de ce genre se sont produits dans quelques-unes de nos villes d'Italie.

Les visites au bureau sanitaire se devraient faire à des jours *non réguliers*, et le médecin visiteur serait nanti du droit de pouvoir, pendant quelques heures, *consigner les observations*, les malades atteintes de ces formes morbides douteuses qui réclament le contrôle d'un examen plus prolongé, pour découvrir souvent les fraudes au moyen desquelles on cherche à cacher certains écoulements.

Outre les *dispensaires multipliés* pour la *distribution gratuite* des *remèdes*, je réclame la *vigilance* la plus rigoureuse, bien plus, la guerre à mort, contre la *syphilis clandestine*.

Que l'administration ne mette pas de ménagements à agir, dès qu'il y a *notoriété*, dès qu'il y a *dénonciation* par une *personne infectée*, et dès que la police apprend qu'une femme se *prostitue* n'importe la manière; qu'elle la fasse examiner, et qu'elle l'envoie se guérir à l'hôpital, si elle est reconnue infectée; sinon, elle favorise dans ces courtisanes une source féconde d'infection syphilitique. Dans un pays civilisé, muni d'une bonne police, cette surveillance intelligente peut se faire avec une mesure discrète et surtout en évitant le « *trop de zèle* » : car il ne faudrait pas aller injurier légèrement une femme honnête; mais, avec une police sachant un peu son métier, une telle erreur est bien difficile.

Ce qui est sûr, c'est que le devoir de toute bonne administration est de grouper tous ses efforts pour prévenir les affections syphilitiques et vénériennes. Vienne le jour où des règlements uniformes sur la prostitution seront établis dans tout le monde civilisé, l'*extinction de la syphilis* ne tarderait pas de passer de l'état d'utopie à la réalité; mais, pour atteindre ce but, comme vous l'avez dit en 1858, comme je l'ai répété en 1860, il ne suffit pas de bien réglementer la prostitution, il faut aux gouvernements des administrateurs capables de bien faire fonctionner la loi écrite par eux. — Cette nécessité a été sentie par les médecins de tout temps, de toute nation. Avec le plus grand zèle, le congrès de Paris a mis à son ordre du jour la *prophylaxie* des *maladies vénériennes;* il a pesé et discuté mûrement cette importante question, en écartant les opinions extrêmes non sanctionnées par l'observation ; — il n'est pas douteux que la nomination de la commission choisie dans le sein du congrès, que son rapport, que les propositions qui en résulteront, ne soient suivis d'utiles conséquences. Maintenant même, la discussion est sortie des limites de la commission du congrès. Dans ce même journal, un de vos éminents collègues, le docteur Jeannel, a défendu ses principes qui sont les miens et les vôtres. J'ai tenu à soutenir encore une

fois ces mesures préventives, que vous et moi avons eu, les premiers, le courage de produire sans *restriction aucune* et en *nettes paroles*. Aujourd'hui, après tant de débats, je ne doute plus du triomphe de notre cause, qui est aussi celle de l'humanité, et je conclus en répétant avec vous aux gouvernements : « *La médecine a fait son devoir. C'est devant votre conscience, c'est devant Dieu, que vous auriez maintenant à répondre d'une inaction coupable!* (1) »

Veuillez, mon cher et excellent collègue, agréer ce témoignage (peut-être le dernier) de ma profonde estime et de mon amitié pour vous, et acceptez un cordial serrement de main de votre dévoué collègue (2).

D[r] J. GALLIGO.

Pise, 16 avril 1869.

(1) Diday, *Nouvelles doctrines sur la syphilis*. Paris, 1858, p. 555.

(2) Les pressentiments de notre cher et distingué collaborateur ne se sont malheureusement que trop réalisés. Dans notre précédent numéro, nous avons annoncé la fin si regrettable du docteur Galligo, et nous avons payé un juste tribut d'estime et de regret à un confrère dont la perte a été si vivement ressentie par tout le monde médical.

A. D.

COURS CLINIQUE

DES MALADIES DE LA PEAU

PROFESSÉ A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

PAR LE PROFESSEUR HARDY.

PREMIÈRE LEÇON.

(Recueillie par M. Babaut, externe du service.)

Les maladies de la peau sont très-communes; le médecin les rencontre très-fréquemment dans la pratique, et cependant leur étude est généralement négligée ; on considère leur connaissance comme accessoire ; beaucoup de médecins, très-instruits d'ailleurs, ignorent les premières notions de la dermatologie et ne font aucun effort pour se mettre en état de savoir reconnaître et de pouvoir traiter les affections cutanées. Cette négligence a des conséquences très-fâcheuses pour le malade et même pour le médecin, et l'on ne saurait trop s'élever contre cette espèce de dédain professé généralement pour les maladies de la peau, dédain qui ne peut s'expliquer par aucune bonne raison. Non-seulement ces maladies sont communes, mais elles sont très-pénibles aux personnes qui en sont atteintes; quoiqu'elles entraînent rarement un danger réel pour la vie, elles amènent habituellement une déformation fâcheuse; elles sont souvent un objet de dégoût pour les personnes qui approchent les malades, et leur guérison si désirable ne peut être obtenue qu'à la condition de les bien connaître dans leurs apparences extérieures et dans leur nature. Pour arriver à acquérir ces connaissances, la lecture des livres ne

suffit pas, il faut nécessairement voir des malades, il faut habituer les yeux à saisir les dissemblances entre des maladies assez semblables au premier abord et qui ne diffèrent entre elles que par quelques nuances de coloration ou de configuration, et qui cependant sont d'une nature tout autre et qui réclament un traitement tout différent. Aussi, depuis longtemps, on a institué des cours cliniques pour l'étude des maladies de la peau, et je me fais gloire de continuer la tradition de l'enseignement dermatologique fondé par mes prédécesseurs, Alibert, Biett, Gibert, MM. Cazenave et Devergie ; et aujourd'hui encore, malgré des occupations très-nombreuses, je ne veux pas délaisser un cours qui me paraît indispensable et que je veux continuer, afin que les étudiants et les jeunes médecins puissent trouver l'occasion de voir des maladies de la peau et de se familiariser avec les connaissances nécessaires pour les distinguer et pour les combattre.

Avant de faire passer sous vos yeux les malades que je veux vous montrer aujourd'hui, je dois vous prévenir d'abord que, au point de vue pratique, il ne suffit pas de dénommer une maladie de la peau, qu'il ne suffit pas surtout de reconnaître une lésion élémentaire, de savoir que telle maladie est constituée par une vésicule, une squame ou une papule ; grâce à la tendance imprimée dans ces derniers temps à la dermatologie par M. Bazin et par moi-même, le problème est plus compliqué, et il est surtout important de rechercher la nature d'une maladie cutanée. Telle éruption étant donnée, pour le pronostic, pour le traitement surtout, il est indispensable de reconnaître sa nature, c'est-à-dire de savoir si elle est purement locale et née sous l'influence de causes accidentelles, ou bien si elle est sous la dépendance de quelque disposition générale, herpétique, scrofuleuse ou syphilitique. Pour le médecin praticien qui veut connaître une maladie pour la guérir, tout est dans l'indication de la nature spéciale de l'éruption, et c'est à la découvrir qu'on doit surtout s'appliquer. Peu vous

importe, en effet, qu'une maladie s'appelle érythème ou prurigo, qu'elle soit vésiculeuse ou squameuse, la chose véritablement importante c'est de savoir que, dans tel cas, l'éruption, quel que soit son nom générique, est liée à la présence d'un parasite qu'on devra détruire ; que, dans telle autre circonstance, c'est à la syphilis ou à la scrofule qu'il faudra s'adresser pour arriver à faire disparaître la lésion cutanée. Dans mes leçons cliniques, je m'appliquerai surtout à faire ressortir l'importance de cette manière d'envisager les maladies de la peau et de les rattacher à la pathologie ordinaire. Rien n'est plus faux, en effet, que de croire à une pathologie cutanée spéciale, les maladies de la peau n'obéissent pas à des lois particulières, elles rentrent dans les règles de la pathologie comme les maladies de la poitrine ou du tube digestif, et, je le répète, on ne peut pas comprendre pourquoi elles ont été l'objet d'une sorte d'ostracisme et pourquoi il est établi qu'on peut être un médecin instruit sans les connaître. Je m'élève fortement contre cette proposition, et c'est précisément cette lacune de l'enseignement que je vais m'efforcer de combler par ces leçons cliniques sur les maladies de la peau.

Je vais d'abord vous présenter un malade atteint d'une affection assez commune, facile à reconnaître, sur laquelle je désire attirer votre attention ; ce malade est un homme vigoureux, d'une bonne constitution ; il y a deux ans, pour la première fois, il a été soigné à l'hôpital Saint-Louis pour une affection de la peau caractérisée, dit-il, par des taches rouges recouvertes d'écailles blanches. Après être resté pendant trois semaines à l'hôpital, sa maladie avait beaucoup diminué ; elle avait presque disparu, il ne restait plus comme derniers signes de l'affection dont il venait d'être atteint que quelques taches rouges au niveau du coude et du genou. Cette éruption a persisté depuis, et, depuis trois semaines environ, ces taches ont augmenté ; d'autres ont reparu, plus nombreuses que la première fois, et se sont étendues sur les bras, les jambes et le tronc, et

même sur le cuir chevelu. En examinant ce malade, nous voyons maintenant sur tout le corps des taches d'une dimension variable, quelques-unes sont très-petites, et, notamment sur le bras, elles présentent la grosseur de la tête d'une épingle ; d'autres présentent une étendue plus considérable, celle d'une lentille ou même d'une pièce de 5 centimes. Ces taches sont saillantes, leur fond est rouge et recouvert presque complétement d'écailles épidermiques blanches très-adhérentes, formant une couche assez épaisse. Ces taches, comme vous le voyez, ont trois caractères principaux, la saillie, la coloration et la desquamation. Pour établir le diagnostic de la maladie, comme dans toute affection de la peau, nous considérerons d'abord la lésion élémentaire : elle est constituée ici par une saillie rouge sur laquelle se trouvent des squames épaisses, blanches, argentées, imbriquées les unes sur les autres; les squames dominent sur ces saillies, plus aplaties que des papilles, prises en masse et vues à une certaine distance. Ces taches blanches ressemblent à des taches de plâtre ou à des gouttes de bougie desséchées. Ces squames résultent toujours de l'agrégation de nombreuses lames épidermiques d'autant plus adhérentes qu'on se rapproche plus de la peau; superposées les unes sur les autres, elles peuvent offrir ainsi plusieurs couches, selon l'ancienneté de l'affection.

Sous les squames et un peu en dehors d'elles, on trouve des saillies qui présentent une couleur rouge-brun; ces saillies, cette coloration disparaissent souvent sous les squames, mais elles dépassent quelquefois les squames en dehors, et l'on peut les voir lorsque les squames sont enlevées. Une maladie ainsi caractérisée par des taches saillantes d'un rouge foncé, recouvertes par des squames épaisses, blanches, est désignée sous le nom de *psoriasis*. Nous avons donc ici affaire à un cas de psoriasis qui se montre sous l'apparence de taches, de points, et qui, en certains endroits, présente des surfaces beaucoup plus étendues. Ces différences d'aspects sous lesquelles

se présente ici le psoriasis constituent autant de variétés de la maladie qui ont reçu des épithètes exprimant ces états. C'est ainsi que sur les mains de ce malade, nous trouvons des petits points de la grosseur de la tête d'une épingle, avec une petite squame les recouvrant : c'est là ce que M. Devergie désigne sous le nom de *psoriasis punctata ;* à côté, nous trouvons des taches arrondies ressemblant à des taches de bougie tombées sur une étoffe de drap : ce sont de véritables gouttes, et c'est ce qui a été désigné sous le nom de *psoriasis guttata.*

Si nous regardons le coude et le genou, nous trouvons des plaques de la largeur de la main, atteignant même la dimension des deux mains sur le tronc et les membres inférieurs ; c'est là la variété de psoriasis désignée sous le nom de *psoriasis diffusa.* D'autres fois, le psoriasis se présente sous la forme de raies allongées. Cette variété rare a reçu le nom de *psoriasis gyrata.* Nous en avons vu un exemple récent ; il peut encore arriver que l'éruption forme des dessins ressemblant à des cartes de géographie, c'est le *psoriasis circiné* ou *lèpre vulgaire.* Dans ce cas, on voit un cercle plus ou moins régulier dont le centre est sain. Chez notre malade, comme nous le voyons, nous avons des points, des gouttes et de larges plaques de psoriasis ; s'il arrivait que le centre d'une de ces taches vînt à guérir, nous aurions alors le *psoriasis circiné.* Nous avons donc la maladie sous plusieurs de ses aspects.

La rougeur brune cuivrée que présentent ici les saillies de la peau pourrait faire croire à une affection syphilitique, erreur fréquente que l'on commet, du reste, et qui pousse les médecins à prescrire dans ces cas un traitement antisyphilitique; mais l'aspect des squames dans les deux affections, le siége ordinaire de la maladie, permettent habituellement d'établir le diagnostic ; aussi, dans le psoriasis, les squames sont plus épaisses, plus imbriquées les unes sur les autres, les plaques sont plus larges que dans la syphilis ; le psoriasis peut occuper tout le corps, mais il y a des endroits où il domine de

préférence, tels sont les coudes et les genoux, qui sont ses siéges d'élection ; c'est ce qu'on peut voir chez notre malade ; la maladie est légère, et cependant les taches prédominent dans les points indiqués.

Pour bien vous graver dans l'esprit la différence qu'il peut y avoir entre le psoriasis et la syphilide squameuse, je vais vous montrer, comme terme de comparaison, un autre malade entré dans mon service pour une syphilide squameuse ; comme vous pouvez le voir, sa peau est couverte de taches dont la couleur est la même que chez notre malade atteint de psoriasis, mais les taches sont en nombre beaucoup moins considérable que dans le psoriasis; elles sont beaucoup plus petites, juxtaposées ; les squames s'enlèvent bien plus facilement et plus complétement. Elles sont, d'ailleurs, distribuées à peu près également partout, sans être plus épaisses et plus nombreuses aux coudes et aux genoux.

L'épaisseur des squames, la largeur des taches et le siége sont donc autant de moyens de différencier la syphilide squameuse du psoriasis. Quant à diagnostiquer l'eczéma du psoriasis, cela est facile ; dans l'eczéma, il existe ou il a existé habituellement du suintement sur les parties malades, tandis que le psoriasis reste toujours caractérisé par la sécheresse de la peau.

Je vais maintenant, messieurs, vous présenter un autre malade atteint d'une affection que l'on aurait pu facilement confondre avec le psoriasis. Ce malade est entré il y a deux mois dans mon service pour affection squameuse intense, formée d'écailles épaisses, lamelleuses, juxtaposées, mais non imbriquées les unes sur les autres, et, pour le dire de suite, c'est un exemple bien tranché de l'affection désignée sous le nom de *pemphigus foliacé*. Chez cet homme, dont le début de la maladie date de deux ans, la peau est uniformément recouverte de squames blanches, sèches en apparence, et rappelant le psoriasis ; mais si l'on vient à soulever une de ces squames,

on trouve au-dessous la peau humide et légèrement ulcérée, ce que l'on ne rencontre pas dans le psoriasis, où la sécheresse est complète.

Une dernière maladie que l'on peut confondre avec le psoriasis, c'est le pityriasis, ces deux affections étant caractérisées par des squames. Mais les desquamations grise et furfuracée de la seconde affection nous permettront facilement d'établir le diagnostic. Quel est maintenant, messieurs, le pronostic du psoriasis? Ce n'est point une maladie grave, elle ne compromet point la santé de ceux qui en sont atteints; mais elle offre ce caractère d'être très-rebelle et de ne pouvoir être guérie d'une manière absolue; on la fait disparaître certainement; les malades sont *blanchis*, et il ne reste le plus souvent aucune trace, aucune cicatrice, mais la maladie récidive très-facilement. On ne doit point être étonné de la voir disparaître quelques mois ou quelques années après sa première apparition; puis le nombre des récidives va en augmentant, l'intervalle entre chaque attaque devient moins long. Nous pouvons faire cette dernière remarque chez notre malade : L'éruption, dit-il, est maintenant beaucoup plus grave qu'elle ne l'était lors de sa première apparition. Quelques personnes affectées de psoriasis ont été dix ans sans être atteintes de nouveau de cette affection. Ce sont là des faits rares. En général, la maladie reparaît au bout de six à quinze mois; de plus, plus elle met de temps à disparaître, moins, au contraire, elle en met à reparaître. Les saisons paraissent avoir une influence sur le renouvellement de la maladie; c'est ainsi que chez les uns elle revient au commencement de l'hiver, chez d'autres elle apparaît à une époque différente de l'année. J'ai pu voir un malade chez lequel, depuis quatorze ans, le psoriasis apparaît au mois de mars pour disparaître en septembre. Le psoriasis présente encore de l'intérêt au point de vue de l'hérédité; c'est une question difficile à résoudre pour les malades des hôpitaux ignorant le plus souvent la santé de leurs

parents ; mais, dans la pratique civile, il n'est pas rare de voir des enfants, nés de parents atteints de psoriasis, en être atteints eux-mêmes plus tard ; et, dans une même famille, on voit souvent plusieurs personnes affectées de cette maladie. Il y a la transmission du psoriasis des parents aux enfants, comme il y a transmission du cancer et de la scrofule.

Ces circonstances de récidive fatale et d'hérédité doivent faire penser que le psoriasis dépend d'une disposition générale, constitutionnelle ; et, en effet, nous le considérons comme appartenant à la classe des maladies dartreuses, affections cutanées caractérisées principalement par la chronicité de la marche, par les récidives, par la tendance à l'extension, par l'existence de démangeaisons, par la transmission héréditaire.

Quel est maintenant, messieurs, le traitement de cette affection ? Il se compose de plusieurs moyens que nous allons vous indiquer : nous vous prévenons d'abord que vous ne devez compter contre cette maladie ni sur les amers, ni sur les toniques, ni sur les purgatifs ; les composés iodiques ou mercuriaux sont également impuissants ; mais le plus puissant des médicaments, le plus employé contre le psoriasis, c'est l'arsenic que j'administre ordinairement sous la forme d'une solution.

Je donne aux malades graduellement une ou deux cuillerées à bouche de la suivante dans un demi-verre d'eau ou de tisane :

Eau distillée..............	300 grammes.
Arséniate de soude.........	10 centigrammes.

Chaque cuillerée à bouche représente cinq milligrammes du médicament ; en portant la dose à deux cuillerées par jour, on administre un centigramme. L'arsenic peut encore être donné sous forme de pilules à l'état d'arséniate de soude, ou de fer ; mais avec les pilules on est moins sûr de la quantité du médicament que prend chaque fois le malade, les pilules n'étant

pas toujours uniformes de composition ; aussi je donne la préférence à la forme liquide. En administrant ce médicament, on voit ordinairement la rougeur de la peau devenir plus vive, les squames s'effacer et les saillies s'amoindrir, puis peu à peu la maladie disparaître sans laisser aucune cicatrice.

A côté de l'arsenic se trouve un autre agent thérapeutique dont l'importance est moins grande, mais dont je veux cependant vous dire quelques mots, je veux parler du copahu : je fus amené à me servir de ce médicament dans les circonstances suivantes : j'avais dans mes salles un malade atteint de psoriasis et de blennorrhagie; voulant le débarrasser d'abord de la dernière affection avant de m'occuper de la première, je lui administrai du copahu; je vis à mon grand étonnement l'éruption psoriasique diminuer avec l'écoulement ; le copahu, dont l'action sur la peau est prouvée par les éruptions spéciales qu'il produit, avait amené une modification heureuse pour le psoriasis, et depuis ce temps, j'ai introduit avec avantage le copahu dans le traitement des psoriasis ; je l'administre à la dose de trois à quatre grammes par jour en opiat. Dans ces derniers temps enfin, j'ai essayé contre le psoriasis une substance se rapprochant beaucoup par ses caractères chimiques de l'arsenic, et qui a déjà été essayée en Angleterre ; je veux parler du phosphore. J'ai administré à quelques malades atteints de psoriasis le phosphore, en leur faisant prendre chaque jour une cuillerée à café de l'huile suivante :

Huile d'amandes douces.....	150 grammes.
Phosphore................	10 centigrammes.

Chaque cuillerée à café représente à peu près 2 milligrammes de phosphore, je donne ainsi par jour à mes malades jusqu'à 1 centigramme de phosphore en augmentant progressivement la dose primitive. A l'aide de ce traitement j'ai vu les taches pâlir, les saillies diminuer, les squames tomber; mais jamais encore je n'ai observé la guérison complète avec ce seul

médicament, auquel il m'a toujours fallu adjoindre la médication externe.

La médication externe, très-importante dans le psoriasis, consiste dans l'emploi de bains d'amidon ou de son, de bains de vapeur, et dans l'emploi de certaines pommades. Je fais ordinairement usage de pommades peu irritantes qui permettent d'enlever les squames; celles qui comptent le plus de succès sont les pommades à base de goudron dans lesquelles il entre le quart, le tiers, la moitié de goudron; à côté de cette pommade, on doit en placer une autre que nous employons beaucoup à l'hôpital Saint-Louis, c'est celle qui a pour base l'huile de cade ou goudron de genévrier; voici sa formule habituelle :

Axonge..................	60 grammes.
Huile de cade............	10 ou 15 grammes.

A l'aide de ces pommades seules on voit l'éruption s'affaisser, et l'on pourrait croire à leur utilité exclusive; mais ce traitement interne aide beaucoup, et d'après mon expérience paraît éloigner les récidives.

Ces pommades ne sont pas les seules que l'on emploie; je citerai encore les pommades à base de soufre, à base de mercure (nitrate de mercure, protoiodure de mercure, biiodure de mercure). M. Lutz, pharmacien de notre hôpital, dans ces derniers temps, a proposé une pommade au sulfo-cyanure de mercure dans les proportions de 1 gramme de cette substance pour 30 grammes d'axonge. Enfin je citerai encore la pommade à l'acide nitrique que j'emploie souvent avec avantage (axonge 30 grammes, acide nitrique de 10 à 20 gouttes); et je mentionnerai aussi la teinture d'iode avec laquelle on peut toucher les taches. A ces deux médications externe et interne, il convient encore de joindre un traitement hygiénique sévère que nous retrouverons dans toutes les variétés des maladies dartreuses. On devra avec soin proscrire les aliments de haut

goût, tels que les coquillages, les poissons, le porc, le gibier, les salaisons de toute espèce, les sauces épicées, le vin pur, le café et les liqueurs alcooliques. On recommandera encore aux malades d'éviter les travaux excessifs, principalement les veilles, et si cela était possible les chagrins et les émotions vives, dernières circonstances qui ont paru souvent avoir une grande influence sur la production de la maladie. C'est en se soumettant à ces règles hygiéniques qu'on peut accélérer la guérison et surtout qu'on peut éloigner les récidives.

DE

L'ANALGÉSIE SYPHILITIQUE SECONDAIRE

PAR ALFRED FOURNIER,
Médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de Paris.

(Extrait d'une leçon professée à l'hôpital de Lourcine.)

....En d'autres cas, et cela d'une façon non moins fréquente, vous trouverez la sensibilité affectée par la syphilis suivant un mode tout différent.

Au lieu de phénomènes douloureux, ce que vous observerez consistera soit dans une diminution, soit dans une abolition de la sensibilité générale.

C'est là, messieurs, un fait des plus curieux, non décrit encore, presque ignoré, et sur lequel en conséquence il importe que j'appelle spécialement votre attention.

Voyez cette jeune femme. Elle a contracté la syphilis il y a trois à quatre mois environ, et elle présente aujourd'hui de nombreuses manifestations spécifiques, une syphilide papuleuse, des croûtes du cuir chevelu, des adénopathies cervicales, un certain degré d'alopécie, des douleurs arthralgiques, de la céphalée vespérine, etc. Je vais la piquer avec une épingle sur divers points du corps. Je lui enfonce cette épingle profondément dans la peau de la main droite ; elle ne manifeste aucune douleur. Je traverse de part en part la peau de l'autre main ; encore aucun signe de souffrance. J'implante de même l'épingle dans les téguments de l'avant-bras, du bras, du cou, de la face, du crâne, des cuisses, des jambes, des pieds, de la poitrine, du sein, de l'abdomen, du dos, et partout je constate la même

insensibilité à la douleur. Cette femme est donc profondément analgésique, et analgésique sur tous les points de l'enveloppe cutanée.

Or, notez bien ceci, en entrant dans cet hôpital il y a quelques semaines, elle sentait parfaitement la douleur déterminée par l'épingle, comme nous nous en sommes assurés à diverses reprises; elle n'est devenue analgésique que tout récemment, et je puis être facilement prophète en vous annonçant que dans un temps plus ou moins rapproché elle aura recouvré complétement sa sensibilité normale.

Cette femme, comme j'espère vous le démontrer par ce qui va suivre, est devenue analgésique par le fait de la syphilis ; et quand chez elle la syphilis, soit par l'effet du temps, soit sous l'influence du traitement spécifique, se sera modifiée, vous verrez ce symptôme *analgésie* s'atténuer et disparaître avec les autres manifestations de la diathèse.

Gardez-vous de considérer le cas de cette femme comme exceptionnel. Déjà je vous ai présenté plusieurs de nos malades affectées de divers troubles de la sensibilité générale, analgésie, anesthésie, diminution du sens de la température, etc. Je vous en montrerai quelques autres encore dans le cours de cette conférence. C'est qu'en effet ces altérations de la sensibilité pendant la période secondaire sont assez communes chez la femme. Constamment, dans nos salles, nous en avons plusieurs exemples. J'en ai observé plus d'une centaine de cas depuis deux ans.

C'est l'analogie pathologique qui m'a conduit, ces dernières années, à rechercher quel était l'état de la sensibilité générale chez les femmes syphilitiques. Voyant que bon nombre d'intoxications avaient pour résultat de troubler cette sensibilité à des degrés divers et sous des modes différents, je me suis demandé si le poison syphilitique ne déterminait pas de phénomènes semblables. J'ai établi une enquête scrupuleuse sur ce point,

et j'ai été stupéfait de constater qu'en effet, sur un très-grand nombre de nos malades, la sensibilité était altérée d'une façon très-remarquable. Je dis *stupéfait*, parce que des phénomènes aussi accentués et aussi facilement saisissables que ceux dont je vais vous entretenir ne me semblaient guère de nature à avoir pu échapper jusqu'ici à l'attention des observateurs. Alléché par les premiers résultats obtenus, j'ai continué cette étude, et je puis vous donner aujourd'hui comme certain que la syphilis secondaire détermine d'une façon *commune* chez les femmes des troubles divers de la sensibilité générale.

Ces troubles sont variés quant à leur forme. Ils affectent la sensibilité de différentes façons, suivant différents modes.

Tantôt ils ne portent que sur la perception de la douleur, c'est-à-dire ne consistent qu'en ce qu'on appelle l'*analgésie*. Tantôt ils intéressent à la fois et le sens des perceptions douloureuses et le sens du tact, de façon à rendre les malades simultanément analgésiques et anesthésiques. D'autres fois encore, mais plus rarement, ils altèrent le sens de la température.

L'analgésie simple, isolée, avec conservation de la sensibilité au contact et à la température, constitue la forme la plus habituelle sous laquelle s'observent ces troubles. Tel est, par exemple, le cas de la malade que je vous présentais il n'y a qu'un instant. Cette femme est, comme vous l'avez vu, profondément analgésique. Mais, ne sentant pas la piqûre et n'en souffrant en aucune façon, elle sent très-bien le contact de l'épingle; lorsque vous lui enfoncez cette épingle dans un point quelconque du corps, elle n'accuse en ce point aucune douleur, mais elle sent parfaitement, suivant son expression, que « quelque chose de pointu la touche en ce point », qu'elle détermine d'ailleurs très-exactement. Et, si procédant à une exploration plus

minutieuse, vous effleurez même légèrement tel ou tel de ses doigts par exemple, elle accuse aussitôt la sensation et le siége de ce contact d'une façon très-précise. Elle sent de même la température. En un mot, elle est analgésique et simplement analgésique.

Autre forme un peu moins fréquente : *anesthésie combinée à l'analgésie*. Voici une autre femme qui a contracté la syphilis depuis quelques mois et qui aujourd'hui encore, comme vous le voyez, en présente de nombreux symptômes. Elle est analgésique, car elle n'accuse aucune douleur en ce moment où je traverse avec une épingle les téguments de la face dorsale d'une de ses mains. Elle est de plus anesthésique. Vous allez en juger. Je lui touche légèrement l'un de ses doigts, puis un autre, puis un autre encore, et elle nous dit n'avoir rien senti. Ce n'est qu'en exerçant une certaine pression sur les points où je la touche que je parviendrais à lui donner la sensation d'un contact.

Or, chose curieuse, si l'analgésie se rencontre fréquemment sans anesthésie, la réciproque n'a pas lieu. Il semble que l'anesthésie ne puisse exister seule. Jusqu'à ce jour du moins je n'ai pas rencontré une seule malade qui fût simplement anesthésique sans être insensible à la douleur.

Troisième variété. Voici une autre femme qui non-seulement est analgésique, mais qui de plus a perdu le *sens de la température*. Nous plaçons sur la face dorsale de son avant-bras deux timbales remplies, l'une d'eau très-chaude, et l'autre d'eau très-froide. Pour elle, ces deux timbales sont à la même température ; elle ne ressent ni le froid de celle-ci, ni la chaleur de celle-là. Il y a plus. Nous enflammons une allumette que nous promenons sous ses doigts ; voyez : elle supporte la flamme, et ne retire sa main qu'après quelques secondes. Ces derniers jours, elle s'est brûlée vivement en prenant un fer à repasser

très-chaud dont elle n'avait pas apprécié la haute température.

De ces divers troubles de sensibilité, le plus commun, vous ai-je dit, est l'analgésie, soit simple, soit associée quelquefois à l'anesthésie.

Étudions donc avec quelques détails cette analgésie syphilitique.

Comme *degré* d'abord, elle comporte de nombreuses variétés. Tantôt elle ne consiste qu'en une diminution légère de la sensibilité à la douleur; ainsi beaucoup de nos malades ont cette sensibilité simplement émoussée, mais non éteinte. Tantôt au contraire ce qu'on observe est une abolition complète, absolue, des perceptions douloureuses, comme sur les deux premières malades que je viens de vous présenter. Entre ces deux extrêmes, tous les termes moyens peuvent se rencontrer.

Comme siége, mêmes variétés. Chez telle femme, l'analgésie est générale et s'étend, on peut le dire, de la tête aux pieds. C'est le cas de cette malade sur laquelle vous m'avez vu implanter toute une série d'épingles en divers points du corps, à la face, au crâne, aux membres, au thorax, au sein, au cou, au dos, etc., et cela sans déterminer le moindre sentiment douloureux. Chez telle autre, l'analgésie n'est que partielle, limitée à certaines régions. Et alors, c'est presque invariablement aux extrémités des membres qu'elle se trouve circonscrite, c'est-à-dire aux mains, à la moitié inférieure des avant-bras, aux pieds, aux chevilles, etc.

Un détail très-curieux, c'est que parfois cette analgésie partielle est encore plus circonscrite comme étendue et localisée dans une région spéciale. Cette région, c'est le *dos de la main*, la face dorsale du métacarpe.

Sur un très-grand nombre de malades, nous avons rencontré des analgésies de ce caractère, exactement limitées au dos de la main. En ce point, chose bizarre, il existait une insensi-

bilité absolue à la douleur, alors qu'au voisinage et sur tout le reste des téguments la sensibilité normale était intacte. C'est même un contraste saisissant que cette analgésie dorsale de la main coïncidant avec une sensibilité intacte de la face palmaire. Jugez-en. Voici une femme qui, contagionnée depuis cinq mois environ, a été assez rudement éprouvée par la syphilis. Je lui implante très-profondément une épingle sur la face dorsale d'une de ses mains ; elle ne manifeste aucune souffrance. Je retourne sa main et j'effleure seulement avec l'épingle les téguments de la face palmaire ; aussitôt elle se récrie, elle a perçu vivement cette légère douleur.

J'appelle votre attention sur ce point, messieurs. Cette localisation singulière de l'anesthésie syphilitique à la face dorsale du métacarpe ou de la main (car en quelques circonstances elle se prolonge sur la face postérieure des doigts) est certes un phénomène des plus intéressants. Et j'ajoute : c'est un phénomène des plus communs, que nous observons ici presque journellement. Aussi est-ce sur cette région que nous recherchons l'analgésie de prime abord, car, d'une part, elle existe toujours là alors qu'elle existe ailleurs, et elle existe très-souvent là seulement, alors qu'elle fait défaut en tout autre point.

Particularité de même ordre : Lorsque les troubles de la sensibilité sont plus étendus comme surface, ou lorsqu'ils sont généraux, ils atteignent le plus souvent une intensité maxima en ce même point, la face dorsale du métacarpe. Légère par exemple ou moyenne sur toute la surface des téguments, il n'est pas rare que l'analgésie soit absolue et complète sur le dos des mains.

Puis encore, lorsqu'une analgésie plus ou moins étendue ou générale vient à s'atténuer, à se dissiper, c'est à la face dorsale des métacarpes qu'elle survit en dernier. Quelquefois même elle existe encore là, alors qu'elle a disparu en tout autre point.

Il y a donc dans cette localisation dorso-métacarpienne de

l'analgésie quelque chose de spécial, tenant au génie même de la maladie, et bien digne de fixer l'attention.

L'analgésie syphilitique est en général superficielle et exclusivement cutanée. Ainsi, les excitations n'intéressant que la peau ne sont pas perçues ; mais elles sont senties dès qu'elles portent sur le tissu cellulaire ou les filets nerveux sous-cutanés. La plupart de nos malades analgésiques sont sensibles au pincement. Nous en avons observé quelques-unes toutefois dont on pouvait pincer, tordre, tortiller la peau sans provoquer de phénomènes douloureux.

En tant que distribution à la surface des téguments, cette analgésie, ou, d'une façon plus générale, ces troubles de sensibilité sont le plus habituellement symétriques ; c'est-à-dire qu'on observe sur un côté du corps ce qu'on observe sur l'autre. Cette règle toutefois n'est pas sans exceptions. Ainsi, sur plusieurs de nos malades, nous avons constaté des analgésies très-irrégulières comme localisations, bizarres même et inexplicables. Un seul exemple : Cette jeune femme est analgésique de la face dorsale de la main gauche et de l'un des doigts de cette main, l'annulaire, seulement ; partout ailleurs elle conserve sa sensibilité intacte.

Les troubles de sensibilité dont je viens de vous entretenir se manifestent de préférence, d'après ce que j'ai vu jusqu'à ce jour, dans les *premiers mois* de la période secondaire, et le plus habituellement en coïncidence avec d'autres manifestations de la diathèse.

Ils ont toujours ou presque toujours une durée assez longue. Il est rare qu'ils ne persistent pas au moins quelques semaines. Le plus souvent, ils se prolongent davantage, deux, trois, quatre mois, et voire même au delà en certains cas rebelles.

Mais laissez-moi, je vous prie, réserver encore cette question délicate de durée, et attendre, pour en formuler exactement les limites, que je dispose d'un nombre suffisant d'observations.

Une question, sans doute, vous préoccupe. Vous avez dû vous demander déjà si les troubles de sensibilité que je viens de vous décrire relèvent bien réellement de la syphilis, et s'ils ne pourraient reconnaître une autre origine. Cette question, j'ai à cœur de la débattre devant vous, pour ne pas vous laisser le moindre doute à ce sujet.

Il serait possible que de telles manifestations dérivassent d'une autre cause que la syphilis, chez la femme spécialement; qu'elles fussent, par exemple, un résultat soit de la chloroanémie, soit de l'hystérie, soit du nervosisme, etc.; auquel cas, ces troubles de sensibilité ne seraient que de pures coïncidences et n'auraient aucune relation avec la syphilis; ce seraient simplement des phénomènes nerveux, des expressions d'un état pathologique quelconque fortuitement développées chez des sujets syphilitiques.

Telle n'était pas, soyez-en sûrs, la pathogénie des troubles de sensibilité que nous venons d'étudier chez nos malades. Ces troubles ne dépendaient chez elles ni de la chlorose, ni de l'hystérie, ni du nervosisme, ni d'aucune autre cause analogue ; et cela pour une raison aussi simple que péremptoire, c'est qu'aucune d'elles ne présentait ni attributs de chlorose, ni antécédents d'hystérie, ni disposition habituelle aux troubles nerveux. Il n'existait chez elles aucune cause à laquelle de tels symptômes pussent être rattachés. N'était-il pas logique, par cela seul, de les imputer à la cause morbifique, actuelle et commune, à l'action de laquelle ces malades se trouvaient soumises?

Il est, d'ailleurs, d'autres raisons qui conduisent très-rationnellement, ce me semble, à considérer comme syphilitiques

les troubles de sensibilité dont je vous ai entretenus. Ces raisons, les voici en quelques mots :

1° C'est d'abord la fréquence même de ces troubles qui, je vous le rappelle, sont des phénomènes très-habituels chez la femme, à la période secondaire. Seraient-ils aussi communs, s'ils ne constituaient que de simples accidents de coïncidence ? Le simple bon sens se refuse à le croire.

2° C'est, en second lieu, — raison plus probante encore et plus clinique, — leur développement dans des conditions toujours identiques. Nous les voyons se manifester à la période secondaire de la syphilis et dans les premiers mois de cette période, coïncidemment soit avec d'autres accidents syphilitiques d'allure différente (éruptions cutanées, papules muqueuses, adénopathies, etc.), soit avec d'autres phénomènes de même nature affectant le système nerveux. Il serait bien singulier que, faisant partie d'un tel ensemble, ces troubles de sensibilité n'y figurassent qu'au titre de manifestations étrangères, par le seul fait d'éventuelles coïncidences.

3° C'est, en troisième lieu, l'évolution même de ces désordres pathologiques. Apparus en même temps que d'autres manifestations de nature évidemment syphilitique, ils se conduisent, si je puis ainsi parler, comme ces dernières manifestations; ils durent ce qu'elles durent, ils s'atténuent et disparaissent avec elles; ils subissent la même influence que celles-ci par le fait du traitement et du temps. Ils sont, en un mot, ce qu'elles sont, et ils évoluent comme elles. Comment leur refuser l'essence syphilitique, indéniable aux accidents du groupe pathologique dont ils font partie?

Et, d'ailleurs, est-il donc surprenant que la syphilis éveille de tels désordres? N'est-ce pas une maladie qui, chez la femme surtout, influence au plus haut point le système nerveux et en trouble le fonctionnement de mille façons différentes ? Ne voyons-nous pas, d'autre part, des phénomènes

semblables se produire dans bon nombre d'intoxications, dans l'empoisonnement saturnin, arsenical, alcoolique, etc. ? L'analogie pathologique témoigne en faveur de l'opinion que nous soutenons ici et nous permet de croire que le poison syphilitique peut, à l'égal d'autres poisons, modifier la sensibilité.

Je n'hésite donc pas, et personne de vous, sans doute, n'hésitera plus que moi à considérer ces troubles de sensibilité comme des manifestations syphilitiques et à les rattacher, ainsi que d'autres symptômes du même genre dont nous allons nous occuper bientôt, à l'influence de cette diathèse singulière et polymorphe que nous étudions actuellement.

BIBLIOGRAPHIE

Compte rendu du traité des affections de la peau, par M. le docteur E. Baudot, d'après les doctrines de M. Bazin. 1 vol. in-12 chez Savy. Paris, 1869.

Donner l'analyse du *Traité des affections de la peau* de M. Baudot, c'est exposer succinctement les doctrines professées par M. Bazin depuis vingt ans. L'auteur, en effet, a eu pour but, en publiant cet ouvrage, de résumer en un volume les opinions professées par son savant maître et de permettre ainsi à l'élève, au praticien occupé de connaître en peu de temps les idées du célèbre dermatologiste.

Pour bien comprendre les divisions de ce livre, il est nécessaire d'exposer quelques idées générales professées par M. Bazin et acceptées par M. Baudot. Ce jeune dermatologiste, à l'exemple de son maître, établit une distinction capitale entre la maladie, l'affection, la lésion et le symptôme. La maladie est un état anormal et accidentel de l'homme qui produit et développe un ensemble de désordres fonctionnels et organiques, isolés ou réunis, simultanés ou successifs. L'affection, effet de la maladie, cet état morbide d'un ou plusieurs organes, caractérisé par un simple trouble fonctionnel ou par une lésion et les désordres qui en résultent, état morbide subissant une évolution spéciale; l'eczéma est une affection, puisqu'il est constitué par de la rougeur de la peau au début, des vésicules à sa période d'état, des squames à son déclin, en un mot, par une lésion cutanée dont l'évolution est spéciale.

La maladie étant un état de l'homme et non des organes, il n'y a pas de maladie de la peau; mais l'affection étant un état morbide des organes, il y a des affections de la peau. Il existe

des affections qui n'apparaissent que sous l'influence d'une seule maladie et la caractérisent (plaques muqueuses); ce sont des affections propres. Il en est d'autres qui traduisent plusieurs maladies : l'eczéma, par exemple, peut être la manifestation de l'herpétisme, de l'arthritisme, de la scrofule, etc. ; c'est une affection générique, un genre dermatologique ; tout genre présente des variétés.

Le symptôme est un trouble fonctionnel des organes ou un changement perceptible aux sens dans les qualités physiques de l'organe ou dans les matières excrétées. Le symptôme étant localisé, il y a une symptomatologie cutanée. La lésion consiste dans toute altération matérielle des organes. Or, la structure de la peau pouvant être altérée, il existe une anatomie pathologique de la peau.

Ayant établi ces prémisses, M. Baudot en déduit tout le plan du livre ; il existe des troubles fonctionnels de la peau, donc il faut consacrer un chapitre à la symptomatologie cutanée et étudier le prurit, les odeurs qu'exhale la peau, etc. Il y a des lésions de la peau, de là nécessité d'étudier les lésions élémentaires, les taches, les boutons, c'est-à-dire les vésicules, les pustules, les bulles, les papules, les tubercules, etc.; les exfoliations, les ulcérations, les cicatrices. On observe des affections génériques et des affections spéciales ou des espèces dermatologiques, donc il faut successivement faire l'histoire des genres et des espèces. Enfin il existe des affections arrêtées dans leur évolution, des difformités qui exigent aussi une description spéciale. Et notons que cette division de l'ouvrage est non-seulement logique, mais qu'elle indique encore quelle est la marche que la médecine doit suivre pour établir le diagnostic et quelles sont les bases sur lesquelles doit être institué le traitement. En effet, en présence d'un malade, il faut toujours essayer de résoudre les trois problèmes suivants : Quelle est l'affection élémentaire qui caractérise l'affection? L'affection est-elle une affection propre ou bien générique?

Si elle est générique, quelle est l'espèce que le malade présente ? S'il s'agit, par exemple, d'un eczéma, est-ce un eczéma herpétique, arthritique, scrofuleux ou syphilitique ? S'il s'agit d'une affection propre, le diagnostic de l'affection entraîne celui de la maladie.

Enfin cette division indique que dans le traitement on doit tenir compte de la lésion élémentaire, du genre et de l'espèce. Si l'on doit traiter un eczéma, on tiendra compte de la lésion élémentaire vésiculeuse, et l'on pourra, dans des cas donnés, administrer les sulfureux qui déterminent des poussées vésiculeuses à la peau : l'affection générique étant une affection suintante, humide, exige par cela même des moyens spéciaux, et enfin l'on ne peut employer la même thérapeutique pour l'espèce scrofuleuse et pour les espèces arthritique ou herpétique. Ainsi donc, le plan général de l'ouvrage est essentiellement naturel et pratique. Examinons maintenant les détails.

M. Baudot, après avoir sommairement décrit les symptômes cutanés et les lésions élémentaires, fait l'histoire des genres dermatologiques ; il divise les affections génériques de la manière suivante :

1° Affections érythémateuses : érythème, urticaire, roséole;
2° Affections vésiculeuses : miliaire, herpès, eczéma, varicelle;
3° Affections bulleuses : pemphigus, rupia ;
4° Affections pustuleuses : acné, ecthyma, impétigo ;
5° Affections furonculeuses : furoncle ;
6° Affections phlegmoneuses : hydroadénites ;
7° Affections papuleuses : lichen, prurigo ;
8° Affections tuberculeuses : lupus ;
9° Affections squameuses : pityriasis, psoriasis.

M. Baudot donne successivement la définition, les caractères généraux, la marche, la durée, la terminaison de chaque genre, expose les signes diagnostiques et pronostiques de l'affection, les causes qui la produisent, les moyens de la faire disparaître.

Chacun des genres présente, ainsi que nous l'avons déjà dit, des espèces ; or, ces espèces reconnaissent une cause externe ou une cause interne, de là des affections de cause externe et des affections de cause interne. Cette division a une importance capitale ; en effet, il suffit le plus souvent d'éloigner la cause pour voir presque aussitôt décroître et cesser les affections de cause externe, tandis que les affections de cause interne exigent un traitement local et un traitement interne. M. Baudot divise les affections de cause externe en affections mécaniques et en affections provoquées. Les affections mécaniques sont dues à des agents dont l'action est instantanée et détermine une lésion immédiate, telles sont les affections produites par des instruments piquants, tranchants et contondants, par des morsures, l'effet suit alors immédiatement la cause. L'auteur décrit dans ce chapitre l'érythème solaire, l'engelure, l'intertrigo. Sous le nom d'affection provoquée; on désigne toute congestion ou inflammation de la peau déterminée par une cause d'ordre physique qui n'agit sur la peau qu'au titre de stimulus morbide ou agent provocateur.

Il partage les affections provoquées en deux sections : 1° les affections provoquées directes, de beaucoup les plus nombreuses ; 2° les affections provoquées indirectes ou pathogénétiques. Les premières sont le résultat de l'action sur la peau de substances irritantes, de parasites, etc.; les secondes naissent après l'absorption de principes morbifiques, tels que le copahu, l'alcool, les moules. Il existe donc trois grands groupes d'affections provoquées : les affections non parasitaires, les affections parasitaires et les affections pathogénétiques. Ces affections présentent pour caractères généraux de siéger sur les parties découvertes, d'être diffuses, mal limitées, d'être caractérisées par plusieurs lésions élémentaires et de disparaître sous l'influence de la cause.

Le chapitre consacré aux affections cutanées non parasitaires comprend les affections produites par l'application de

substances irritantes, telles que la farine de moutarde, la poix de Bourgogne, l'huile de croton, etc., et par les professions (éruptions professionnelles). Cette étude est très-intéressante ; en effet, elle empêche le médecin instruit d'appliquer un traitement interne complétement inutile. Le chapitre suivant est consacré aux affections cutanées parasitaires ; il comprend la description des teignes, de la gale, etc. Il y a quelques années, à peine, la nature des teignes étaient inconnue et leur traitement était abandonné aux empiriques, mais depuis les magnifiques travaux de M. Bazin, il n'existe pas une teigne que l'on ne puisse guérir dans l'espace de quelques mois à l'aide d'un traitement rationnel ; l'épilation combinée aux parasiticides et la gale n'exige qu'un traitement de quelques heures. M. Baudot a donné une description succincte mais complète des teignes faveuse, tonsurante et pelade, du pityriasis versicolor, de la gale, et a tracé les règles du traitement institué par M. Bazin.

La classe des affections provoquées indirectes ou pathogénétiques comprend toutes les affections produites par l'introduction d'une substance dans l'organisme par voie d'absorption, c'est-à-dire les affections déterminées par l'ingestion de la belladone, des résineux (copahu), du maïs altéré par le verdet, des moules, du mercure, de l'alcool, de l'iode, du brôme, etc. Cette classe d'affections de cause externe est très-naturelle, elle a été pour la première fois admise par M. Bazin, et chacune des affections pathogénétiques se trouve décrite dans le traité de M. Baudot.

L'ordre des affections de cause interne comprend la description des affections symptomatiques, des pseudo-exanthèmes, des maladies constitutionnelles, des diathèses. La classe des pseudo-exanthèmes a été créée par M. Bazin. Pour ce médecin, dit M. Baudot, un pseudo-exanthème est une maladie aiguë ordinairement fébrile, non contagieuse, épidémique, caractérisée par une éruption à marche régulière et se terminant

toujours par résolution dans l'espace de trois à quatre semaines. Le pseudo-exanthème diffère des fièvres exanthématiques par l'existence d'une période prodromique d'une durée moins fixe, par une marche moins régulière et par l'absence de contagion. Les pseudo-exanthèmes constituent une entité morbide où sont des manifestations de l'arthritis ou de l'herpétis. Les pseudo-exanthèmes idiopathiques sont l'urticaire aigu, l'herpès phlycténodes aigu, le pityriasis rubra aigu, le pemphigus aigu et le zona. Toutefois, dans bien des cas, suivant M. Bazin, les affections précédentes possèdent des caractères militant en faveur de leur origine arthritique ou herpétique, mais ces caractères différentiels n'étant pas toujours nettement tranchés, ces pseudo-exanthèmes disparaissent spontanément et ne réclament aucun traitement. Au point de vue pratique, la distinction en plusieurs espèces n'a pas d'utilité réelle, et le médecin de l'hôpital Saint-Louis a préféré, pour la simplicité de l'étude, les considérer comme étant toujours des pseudo-exanthèmes idiopathiques.

L'arthritis est une maladie constitutionnelle non contagieuse, caractérisée par des manifestations variées sur divers systèmes organiques et spécialement par des affections de la peau, des affections articulaires et la production d'un produit morbide particulier : le tophus. Les arthritides ou manifestations de l'arthritis pourraient être divisées en arthritides essentiellement rhumatismales et en arthritides essentiellement goutteuses; mais, dit M. Baudot, la distinction entre ces affections est souvent difficile à établir et ne conduit à aucun traitement particulier.

Les arthritides présentent les caractères suivants : Elles ne sont pas contagieuses et naissent sous l'influence de variations atmosphériques, des refroidissements; elles présentent une coloration d'un rouge vineux due à une congestion intense et quelquefois portée si loin, qu'une hémorrhagie se produit, et que l'on trouve de petites ecchymoses au centre des éléments

éruptifs. Le malade ressent, au niveau des parties affectées, des picotements et des élancements, et rarement un prurit franc. Les arthritides occupent les parties découvertes, les mains, les pieds, la face, les parties génitales, etc. Elles sont limitées à quelques-unes de ces régions et n'ont pas de tendance à se généraliser. Lorsque, par hasard, cette généralisation a lieu, l'éruption est caractérisée par de petits placards séparés les uns des autres par des intervalles de peau saine. On constate une absence de symétrie dans l'éruption qui occupe, pendant un certain temps, une seule main, un seul côté de la face et ne s'étend aux autres parties que longtemps après. Les arthritides sont, en général, caractérisées par l'existence de plusieurs lésions élémentaires ; c'est ainsi qu'on observe des bulles et des vésicules d'eczéma dans le pemphigus, des pustules et de l'érythème dans l'acné roséa, etc. Dans les arthritides humides, la sécrétion est peu abondante, quelquefois même presque nulle ; aussi les surfaces sont-elles sèches lorsque le malade ne les irrite pas par un traitement intempestif.

Les arthritides se divisent en trois sections : arthritides primitives ou pseudo-exanthématiques ; érythèmes noueux et papulo-tuberculeux, herpès circiné, hydroa, pityriasis rubra aigu.

Arthritides secondaires : couperose, intertrigo, acné, sycosis, eczéma circonscrit, herpès successif et chronique. Arthritides tardives et graves : cnidosis, eczéma nummulaire ou suintant généralisé, hydroa bulleux, pemphigus chronique, etc.

La classe des herpétides est non moins naturelle que la classe des arthritides : tous les dermatologistes admettent une maladie générale, la dartre, déterminant des éruptions spéciales ; mais ils ne sont pas tous d'accord sur les affections que l'herpétis produit. M. Hardy admet seulement trois affections dartreuses, l'eczéma, le pityriasis et le psoriasis, qui, suivant lui, ne sont jamais ni arthritiques ni scrofuleux. M. Bazin, au

contraire, admet des herpétides primitives : roséole pseudo-exanthématique et eczéma rubrum ; des herpétides vulgaires, mélitagre ou impétigo herpétique, eczéma symétrique, pityriasis, psoriasis, prurigo, lichen ; des herpétides irrégulières, malignes; cnidosis et épinyctide, pemphigus chronique, herpétide exfoliatrice, et assigne à ces affections les caractères suivants : elles ne sont pas contagieuses, naissent après des émotions morales, ont une coloration rosée et non violacée livide, comme celle des arthritides ; sont accompagnées de prurit intense, débutent chez l'adulte par le creux du jarret et le pli du coude, sont symétriquement disposées de chaque côté du corps, se généralisent facilement et promptement ; chacune d'elles n'est caractérisée que par un seul élément anatomique, et les herpétides humides sont le siége d'une sécrétion très-abondante et se métastasent très-facilement avec des affections de même nature occupant les bronches, l'intestin. On voit donc qu'il existe une grande divergence d'opinions entre les deux dermatologistes de l'hôpital Saint-Louis.

La description des scrofulides succède à celle des arthritides et des herpétides ; ici encore divergence entre MM. Bazin et Hardy. M. Bazin admet deux classes de scrofulides . la scrofulide bénigne et la scrofulide maligne. La première classe comprend l'érythème pernio, l'érythème induré, l'eczéma, l'impétigo, le lichen, l'acné, et la seconde comprend, au contraire, le lupus érythémateux, le lupus acnéique, le lupus tuberculeux. Quant à M. Hardy, il rejette complétement les scrofulides bénignes.

L'histoire des syphilides a été faite par M. Baudot avec tout le soin que méritent ces éruptions cutanées ; comme précédemment, l'auteur a résumé les idées professées par M. Bazin ; or, on sait que le médecin de l'hôpital Saint-Louis a jeté une grande clarté sur la description des syphilides. Les affections syphilitiques se divisent en affections propres et en affections communes ; les plaques syphilitiques n'appartiennent qu'à la

syphilis, constituent donc des affections propres. M. Baudot a surtout insisté sur les plaques de la peau, aujourd'hui généralement admises, grâce à l'enseignement de M. Bazin ; les plaques cutanées étaient généralement regardées comme des papules syphilitiques. Or, M. Bazin a parfaitement démontré qu'elles coexistent et évoluent avec les plaques des muqueuses et n'ont aucune ressemblance avec les éléments de la syphilide papuleuse. Du reste, on suit parfaitement la transmission insensible qui existe entre les plaques des muqueuses et celles de la peau. Ces plaques syphilitiques sont constituées par des élevures aplaties, offrant une teinte rosée et non cuivrée, comme celle des syphilides, limitées par des bords nettement circonscrits, recouvertes à leur centre d'une croûte jaune transparente, quelquefois déprimée en godet, et entourées d'un bourrelet circonférentiel dans lequel elle paraît enchâssée.

Ces syphilides communes sont divisées en syphilides exanthématiques ou généralisées, en syphilides circonscrites résolutives et en syphilides circonscrites ulcéreuses. Les syphilides exanthématiques comprennent la roséole, la syphilide papulo-tuberculeuse, les syphilides pustuleuses et les syphilides vésiculeuses. Ces syphilides sont toujours précédées de phénomènes généraux apparaissant quarante à cinquante jours après l'apparition du chancre, sont généralisées, persistent six semaines à deux mois.

Le groupe des syphilides circonscrites résolutives comprend la syphilide tuberculeuse circonscrite, la syphilide pustulo-crustacée circonscrite et la syphilide papulo-vésiculeuse circonscrite. Ces éruptions n'apparaissent que huit à dix mois après l'accident primitif. Elles n'occupent quelquefois qu'une seule région du corps ; d'autres fois, au contraire, simultanément ou successivement sur diverses régions, telles que le front, les ailes du nez, le cuir chevelu, les épaules, la nuque, la paume des mains, la plante des pieds ; en outre, les élé-

ments éruptifs sont groupés de façon à représenter un anneau, un fer à cheval, un croissant, un T, etc. Jamais ces syphilides ne sont généralisées, comme les précédentes ; elles sont caractérisées par des groupes de boutons couverts de squames, de croûtes de volume variable, ayant une marche lente, une tendance marquée à la résolution, mais laissant presque toujours à leur suite des cicatrices durables.

Le groupe des syphilides ulcéreuses circonscrites comprend les syphilides pustulo-ulcéreuses, tuberculo-ulcéreuses et gommeuses. Les syphilides sont caractérisées par l'existence d'ulcères, précédées d'une lésion élémentaire variable, d'une bulle, d'un tubercule ou d'une gomme et laissant à leur place une cicatrice indélébile. Cette division des syphilides en syphilides exanthématiques ou généralisées, circonscrites résolutives et circonscrites ulcéreuses, a une très-grande importance. En effet, dès que l'on est en présence d'une éruption syphilitique généralisée, on est certain que le début de l'accident primitif ne remonte pas à une époque éloignée, et le diagnostic de l'affection ne peut osciller qu'entre la roséole, la syphilide papulo-tuberculeuse, pustuleuse ou vésiculeuse, et l'on sait que sous l'influence d'un simple traitement mercuriel l'éruption disparaîtra rapidement. Si la syphilide est circonscrite, le problème se restreint : il est d'abord facile de déterminer si l'affection est ulcéreuse ou non, et alors il ne reste qu'à déterminer quel est l'élément primitif de l'affection, partant quel est le genre. Diagnostiquer une syphilide circonscrite, c'est diagnostiquer une syphilide éloignée de l'époque d'apparition de l'accident primitif, et c'est instituer le traitement qui doit consister dans l'association du mercure et de l'iodure de potassium.

M. Baudot a terminé l'histoire des syphilides par un chapitre sur les syphilides malignes précoces. Ces syphilides ont été bien étudiées par M. Bazin, et M. Dubuc, ancien interne du médecin de l'hôpital Saint-Louis, en a fait l'objet de sa thèse inaugurale. Les syphilides malignes précoces participent à la

fois, par leurs caractères, des syphilides exanthématiques et des syphilides circonscrites ulcéreuses. Elles tiennent des syphilides exanthématiques par leur apparition précoce et suivant de près le moment de la contagion, leur généralisation, l'engorgement du système lymphatique ; mais, elles s'en éloignent par leur tendance ulcérative, qui les rapproche des syphilides ulcéreuses. Comme ces dernières, d'ailleurs, elles ne cèdent qu'à l'emploi combiné du mercure et de l'iodure de potassium. A l'exception de la pituitaire qui peut être le siége d'ulcérations, les muqueuses ne présentent que des altérations bénignes et consistant en une simple rougeur. Les syphilides malignes précoces sont précédés et accompagnées de symptômes généraux souvent très-intenses ; les malades ont une fièvre continue, avec exacerbation le soir et aggravation de la céphalée, maigrissent, pâlissent, craignent de ne jamais guérir, et présentent souvent des phénomènes nerveux, tels qu'engourdissements, attaques épileptiformes, etc., qui sont peut-être dus au développement précoce d'exostoses intra-crâniennes et intra-rachidiennes. La durée de ces syphilides est toujours assez longue et varie de quelques mois à une ou plusieurs années. La guérison peut être obtenue, mais quelquefois survient un état de cachexie extrême et les malades finissent par succomber.

A propos du traitement, M. Baudot pose les règles suivantes : On doit commencer le traitement dès que l'induration du chancre est constatée, on peut ainsi éloigner et localiser les syphilides exanthématiques. On prescrit ordinairement le protoiodure. Les syphilides circonscrites ulcéreuses et malignes nécessitent l'association du mercure et de l'iodure de potassium. M. Bazin prescrit 2, puis 4 et même 6 cuillerées à café du sirop de Gibert.

Je signalerai seulement les descriptions des léproïdes ou manifestations de la lèpre, de la kéloïde, du mycosis fongoïdes, des difformités, mais je m'arrêterai quelques instants

sur l'intéressant chapitre consacré au traitement des affections de la peau par les eaux minérales.

Dans le traitement d'une affection cutanée symptomatique d'une maladie constitutionnelle, on doit tenir compte de la nature de la maladie (arthritis, herpétis, syphilis, scrofule) ; de la modalité pathogénique, c'est-à-dire de l'état inflammatoire ou, au contraire, atonique de la tendance au phagédénisme, etc. ; en un mot, des diverses particularités qu'offre l'évolution de la manifestation morbide, de la lésion élémentaire et du siége de l'affection. Enfin, il ne faut pas oublier de satisfaire aux indications fournies par la constitution et le tempérament du sujet. Les médicaments à l'aide desquels nous pouvons atteindre ces divers buts ont naturellement des actions dissemblables. Ceux qui sont prescrits contre la nature de la maladie sont appelés spécifiques. Pour M. Bazin, un médicament est spécifique lorsqu'il a une influence curative sur toutes les manifestations d'une maladie, lorsqu'il modifie leur forme et leur mode de succession ; quelquefois, l'action d'un médicament sur un organisme qui s'y prête est telle que la cause morbide paraît y avoir été détruite, mais c'est là l'exception, et tôt ou tard la maladie, masquée seulement, détermine de nouvelles manifestations. En somme, le spécifique paraît agir, non en détruisant la cause morbifique interne, mais en suscitant dans l'organisme un état physiologique particulier qui empêche ses manifestations de se produire. Les médicaments qui agissent sur la modalité pathogénique et la lésion élémentaire sont doués de la propriété de déterminer chez l'homme sain, et à la surface de tel ou tel organe, des troubles, des lésions qui constituent leur action morbigène (pathogénétisme). Appliquons ces données au traitement des affections de la peau symptomatiques d'une maladie constitutionnelle.

L'iode, le brôme et l'huile de morue sont les spécifiques de la scrofule, donc les eaux bromo-iodurées et chlorurées sodiques sont les eaux spécifiques des scrofulides. Mais les eaux bromo-

iodurées fortes qui fournissent des eaux mères sur place, Salis de Béarn, Wildegg, Saxon, Kreusnach, sont trop minérales et conviennent aux scrofulides malignes, mais non aux scrofulides bénignes. Dans ce dernier cas, il faut prescrire des eaux à minéralisation commune, telles que celles de Néris, Bourbon-Lancy, Baden-Baden, etc., ou des eaux sulfureuses faibles, telles que celles de Saint-Gervais qui agissent par leurs propriétés pathogénétiques.

Le bicarbonate de soude et le colchique sont considérés par M. Bazin comme des spécifiques contre l'arthritis, donc les eaux bicarbonatées sodiques, Vals, Vichy, etc., sont des eaux spécifiques contre l'arthritis. Mais les arthritides pseudo-exanthématiques guérissent spontanément et ne réclament pas une médication thermale; les arthritides malignes résistent aux eaux minérales, donc les arthritides vulgaires réclament seules une médication thermale. Les eaux bicarbonatées sodiques conviennent aux arthrides pures; les eaux bicarbonatées et chloro-iodurées (Tœplitz) conviennent aux arthritides précédées de scrofulides graves, parce qu'elles contiennent les spécifiques de l'arthritis et de la scrofule. Les eaux bicarbonatées sodiques et chlorurées sodiques, Royat, Saint-Nectaire, sont prescrites spécialement quand les arthritides ont été précédées de scrofulides bénignes; enfin, les eaux bicarbonatées et arsenicales, Mont-Dore, conviennent aux malades chez lesquels existent simultanément des arthritides et des herpétides.

Le spécifique de l'herpétis est l'arsenic, donc les eaux minérales arsenicales sont les eaux spécifiques de la dartre ou herpétis.

Tel est l'ouvrage de M. Baudot. Or, il nous paraît incontestable qu'il est non-seulement utile au point de vue doctrinal, mais encore au point de vue pratique. Admettre, en effet, des affections de cause externe et des affections de cause interne, n'est-ce pas établir qu'un traitement externe suffit pour celles-là, tandis que celles-ci exigent à la fois un traitement externe

et interne? Admettre des affections symptomatiques de maladies constitutionnelles, la scrofule, l'arthritis, l'herpétis, la syphilis, n'est-ce pas établir que le traitement interne sera différent et variera suivant la nature scrofuleuse, arthritique, herpétique, syphilitique de l'affection ; que dans un cas on devra prescrire le fer, dans un autre le bicarbonate de soude, dans celui-ci l'arsenic et dans celui-là le mercure ?

Désormais, tout élève, tout médecin pourra en peu de temps connaître les caractères spéciaux des affections de la peau et prescrire un traitement rationnel; aussi terminons-nous en félicitant M. Baudot de l'heureuse idée qu'il a eue et de la manière dont il l'a mise à exécution, et en présageant à son livre un légitime succès.

SCHWEICH.

REVUE DES JOURNAUX

De l'usage interne de l'acide phénique contre les maladies de la peau et la syphilis, par le docteur M. Kohn, privat-docent à Vienne.

Le goudron, employé à l'extérieur, est très-efficace : 1° dans les dermatoses qui consistent en une *hypérémie chronique, diffuse ou circonscrite, du stratum papillaire de la peau*, hypérémie qui a pour conséquence une *reproduction et une desquamation abondantes de l'épiderme* (eczéma chronique, psoriasis, pityriasis rubra). 2° Dans les maladies qui se caractérisent par une *exsudation chronique*, circonscrite ou généralisée, dans les couches supérieures du corps papillaire et entre les cellules du réseau muqueux, c'est-à-dire par une espèce d'*inflammation chronique de la couche cutanée supérieure* (prurigo, pemphigus). 3° Quand il y a irritation des nerfs périphériques (prurit cutané, pemphigus prurigineux).

Mais il ne suffit pas, dans ces cas, d'étendre le goudron sur la peau ; il faut l'employer en frictions pour qu'il arrive au contact du corps papillaire, des nerfs et des vaisseaux. Souvent il pénètre dans le sang, de là dans l'estomac, et est éliminé avec les urines ; dans ces cas, il y a souvent du malaise, de la fièvre, des vomissements et de la diarrhée. Dans les selles, les urines et les liquides vomis, on trouve des masses noires qui contiennent du goudron.

On peut conclure de cela que le goudron, introduit dans l'estomac, pénétrera dans le sang et s'éliminera par la peau ; qu'il se mettra ainsi en contact intime avec les papilles, leurs nerfs et leurs vaisseaux, et produira les mêmes effets thérapeutiques que quand on l'emploie en frictions. Malheureusement l'eau de poix et de goudron répugnent aux palais les moins

difficiles; les pastilles, les liqueurs, etc., fabriquées en France et en Allemagne ne sont pas mieux supportées.

Ces considérations ont engagé l'auteur à essayer l'acide phénique que les malades prennent en général très-bien; il a été surpris de la rapidité d'absorption et d'efficacité de cet agent, qui du reste est depuis longtemps employé en France, où MM. Lemaire, Lebœuf et Bobœuf se sont occupés de sa vulgarisation; le livre de M. Lemaire contient des indications précieuses sur son action physiologique; mais l'auteur exagère les mérites du médicament, dont il tend à faire une panacée.

Quand on applique l'acide phénique sur une plaie (acide 1, huile d'olives 6), les urines du malade deviennent vertes, souvent même noires, comme quand on emploie le goudron; ce fait est presque constant; il est donc évident que l'acide est absorbé par la plaie et s'élimine avec les urines. La coloration noire est probablement due à une oxydation de l'acide (exposé à la lumière, l'acide phénique noircit au contact de l'air et de l'eau); en même temps l'urine est légèrement albumineuse.

La coloration noire n'a pas lieu quand on prend l'acide à l'intérieur, même à dose élevée; mais vers les premiers jours, il y a une légère irritation rénale, souvent même le premier jour, après l'ingestion de 50 centigrammes à 1 gramme du médicament; l'urine est un peu moins dense, trouble, fortement acide, jaunâtre, ou verdâtre; les produits azotés y sont en moindre proportion; le trouble est dû à du mucus; dans les sédiments, on trouve un peu d'épithélium des canalicules urinifères et du bassin, et quoique l'auteur n'ait jamais constaté les bourdonnements d'oreilles, le vertige, la surdité, etc., dont parle M. Lemaire, il ne pense pas que l'on puisse dépasser la dose de 4 grammes : d'ailleurs l'effet curatif se produit déjà à la dose de 30 à 50 centigrammes, et n'augmente guère avec la quantité.

L'effet thérapeutique se traduit à la peau par une *diminution graduelle et* la *disparition de l'hypérémie*, qui fait place à une pigmentation brune (l'action de l'acide phénique se rap-

proche donc de celle de l'arsenic) ; l'épiderme ne se forme plus en aussi grande abondance ; ces effets se produisent surtout dans l'eczéma chronique, le psoriasis, le pityriasis rubra ; les papules du prurigo disparaissent également. L'acide agit aussi sur les nerfs périphériques ; les démangeaisons disparaissent souvent tout à coup, les excoriations guérissent, le sommeil et l'appétit reviennent.

L'auteur donne l'acide sous forme de pilules de 5 centigrammes avec l'extrait de réglisse ; il commence par 6 ou 9 pilules par jour et augmente jusqu'à 20 ; il a même poussé la dose jusqu'à 60 pilules par jour ; il le donne aussi en solution à la dose de 25 à 50 centigrammes. En France, on a été jusqu'à 4 grammes, et il y a à Paris un malade qui a pris cette dose fort longtemps sans en être incommodé.

Il est évident que l'acide phénique ne peut pas être pris pur, à cause de ses propriétés corrosives ; mais si on l'incorpore à la glycérine ou à un corps gras, il perd son action caustique ; il se combine aussi avec les substances albumineuses et devient inerte ; il ne faut donc pas le prendre près des repas.

Après ces considérations générales, l'auteur donne le résumé des résultats qu'il a obtenus dans chaque maladie :

1° *Psoriasis.* 27 malades ont été traités par l'acide phénique ; la dose de 60 centigrammes n'a jamais été dépassée.

Les taches pâlissent d'abord ; mais les croûtes qui les recouvrent ne tombent plus spontanément ; elles sont plus sèches et plus blanches, comme dans un psoriasis ancien ; la maladie paraît rester stationnaire ; mais les croûtes tombent d'une seule pièce, la troisième ou la quatrième semaine, et mettent à nu une tache brunâtre recouverte d'un épiderme tout à fait normal. Cela tient à ce que l'action du médicament s'est exercée de l'intérieur vers l'extérieur, et que la guérison a commencé par les couches les plus profondes ; par la disparition de l'hypérémie et de l'infiltration du corps papillaire ; dès que celui-ci a formé une couche épidermique nouvelle et saine, les

croûtes tombent. Le phénomène de la guérison est tout inverse dans le traitement externe par le goudron.

La guérison la plus rapide a été obtenue en vingt-six jours; le traitement dure en moyenne de cinq à sept semaines; dans quelques rares cas, il n'y avait pas encore d'amélioration sensible au bout de deux ou trois mois; mais constamment le traitement par l'acide phénique s'est montré supérieur à tous les autres. On se trouve bien de l'emploi simultané de lotions savonneuses. Malheureusement, les récidives sont tout aussi fréquentes que dans les autres méthodes de traitement.

2° *Pityriasis rubra.* Cette maladie est assez rare; presque tous les cas observés par Hébra se sont terminés par la mort dans le marasme. Le traitement énergique par le goudron à l'extérieur et l'arsenic à l'intérieur lui a seul donné quelques succès. Le 7 décembre 1868, un nouveau cas se présente à la clinique: c'était un jeune homme de vingt ans, bien constitué; la peau du tronc, du visage et des extrémités était d'un rouge pourpre; la rougeur disparaissait à la pression pour reparaître dès qu'on enlevait le doigt; la desquamation se faisait en lamelles minces, plus ou moins grandes; la température était un peu augmentée et le pouls légèrement accéléré. Huit jours après son entrée à l'hôpital, cet homme fut soumis au traitement par l'acide phénique (d'abord 9, puis 12 pilules). Au bout de trois semaines, la rougeur avait beaucoup diminué; les pellicules devinrent plus petites et moins abondantes; au bout de sept semaines, la peau avait repris sa teinte normale; il ne restait plus qu'un peu de rougeur à la face interne des cuisses; le malade avait pris 660 pilules d'acide phénique. Dans ce cas, il y a eu amélioration considérable, et la guérison complète est très-probable.

3° *Prurigo.* Cinq malades atteints de prurigo très-intense (*prurigo agria*, Hebra), avec eczéma artificiel produit par le grattage, furent soumis au traitement. Les démangeaisons disparurent après la première ou les premières doses, pour ne

reparaître qu'à de rares intervalles et toujours avec une moindre intensité; l'eczéma et les excoriations guérirent en même temps; les papules s'effacèrent et ne se reproduisirent plus qu'en minime quantité.

4° *Prurit cutané.* L'auteur n'a expérimenté l'acide phénique que dans un seul cas. La guérison fut complète au bout de trois semaines. Il n'y a pas encore eu de récidive.

5° *Syphilis.* 24 malades (10 hommes et 14 femmes) furent traités par l'acide phénique; ils avaient tous des syphilides maculeuses, papuleuses, ou à petites vésicules; ces exanthèmes disparurent ou diminuèrent au bout de quatre à sept semaines de traitement; l'acide phénique échoua complétement contre les affections osseuses, les douleurs ostéocopes et la céphalée; c'est donc un médicament à rejeter pour le traitement de la syphilis. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1869, n° 2.)

Dr Lorber.

Gale chez le lapin, par M. le professeur Saint-Cyr (*Lyon médical*, n° 11).

M. Saint-Cyr montre aux membres de la Société des sciences médicales un lapin qui porte des croûtes sur le nez et autour des yeux. Ces croûtes, que l'on rencontre également sur le reste du corps, donnent à l'animal une physionomie singulière.

N'ayant jamais rien observé de semblable, M. Saint-Cyr songea tout de suite à une affection parasitaire, et chercha tout d'abord, à l'aide du microscope, un parasite végétal, mais il n'en trouva pas. De nouvelles recherches lui permirent de constater l'existence de deux parasites très-différents l'un de l'autre.

L'un de ces animalcules n'est autre chose qu'un véritable *sarcopte*, le sarcopte du lapin, déjà trouvé et décrit par M. Gerlach, professeur à l'École vétérinaire de Berlin. Il est remarquable seulement par son petit volume.

Quant au second parasite trouvé en même temps que le précédent et sur le même animal, c'est bien encore un *acarien* dont il offre les symptômes généraux : corps testitudiniforme, thorax et abdomen confondus, quatre paires de pattes ; mais ce n'est à coup sûr ni un sarcopte ni un dermatodéite. Voici quels sont ses principaux caractères distinctifs :

Tête relativement volumineuse, présentant à la place des palpes deux espèces de griffes courtes, grosses, pouvant s'écarter beaucoup du rostre et armées d'un ongle fort, tranchant et acéré, recourbé en faucille, rostre terminé par un stylet exertile, très-aigu, et qui m'a paru bifide ; *épinières* de la première paire de pattes antérieures non soudées, comme chez les sarcoptes, mais libres comme chez les dermatodéites ; les *huit pattes* se terminent, non par des ambulacres à ventouses, mais par un petit bouquet de poils fins, courts, égaux et divergents, au nombre de huit ou dix, implantés directement sur l'extrémité de la patte. Pas de *spinules* sur le dos.

Cas de gale chez le furet, par M. Peuch (*Lyon médical*, n° 14).

M. Peuch présente à la Société des sciences médicales un furet atteint de la gale, et donne sur ce fait les renseignements suivants :

Il y a quelques jours, un furet destiné à la chasse du lapin fut apporté à l'École vétérinaire ; il présente des amas de croûtes jaunâtres sur les doigts, surtout à la base des griffes, croûtes adhérentes et laissant, si on les arrache, le derme rouge et saignant. La maladie date d'un an, l'animal se frottant volontiers aux corps environnants. L'examen des croûtes fait voir qu'elles sont criblées de porosités et de galeries. Leur étude microscopique, rendue plus facile par les recherches de M. Saint-Cyr sur la gale du lapin, fit reconnaître une multitude d'acariens à corps arrondi, globuleux, à palpes libres

donnant insertion à un ou deux poils, à mandibules bien développées dépassant légèrement les palpes, à ambulacres munis d'un canal volumineux et de ventouses rétrécies, comme colletées. Ces ambulacres existent toujours aux pattes antérieures, quelquefois aux postérieures. Dos pourvu de spinules assez nombreuses, triangulaires.

Longueur................	0mm,19 à 0mm,20
Largeur................	0mm,16 à 0mm,17

Ces caractères sont ceux d'un sarcopte. Ce furet a donc la gale, fait non signalé jusqu'à ce jour.

A quelle espèce de sarcopte avons-nous affaire ? M. Saint-Cyr pense que ce peut être le même que celui du lapin, modifié par la différence de terrain ; pourtant celui du lapin diffère par l'absence de poils, de ventouses colletées, les mandibules moins fortes, les spinules moins nombreuses et de forme arrondie plutôt que triangulaire. On ne peut donc ni affirmer absolument ni rejeter l'identité du sarcopte de furet avec celui du lapin. Je me propose, du reste, d'inoculer ce sarcopte à divers animaux et d'étudier ce qui adviendra.

Pemphigus aigu consécutif à l'administration du copahu, par M. Hardy (*Gazette des hôpitaux*, n° 37).

On sait que le copahu s'élimine en grande partie par la peau, qu'il communique son odeur à la sueur, qu'il manifeste son action sur l'enveloppe tégumentaire par plusieurs variétés d'éruption, soit par un érythème papuleux, soit par un érythème scarlatiniforme ou vésiculeux. Jamais, à ma connaissance, du moins, dit M. Hardy, le pemphigus n'avait été observé après son emploi ; aussi ce cas lui a paru assez intéressant pour le signaler à l'attention des médecins dermato-syphiligraphes.

Le sujet de l'observation est un jeune homme de vingt-huit ans, mécanicien, d'une bonne constitution moyenne, sans an-

técédents diathésiques. Il contracte une blennorrhagie qui est traitée par le copahu à petites doses (4 à 6 capsules par jour); sous l'influence de cette médication, se développe un érythème présentant les caractères de l'érythème copahique : taches rosées, saillantes, démangeaisons très-vives ; durée de quelques jours.

L'écoulement, après une suspension momentanée, reparaît et est traité de nouveau par le copahu, que l'on continue pendant quinze jours aux mêmes doses peu élevées; alors se montre d'abord aux parties où la peau a le moins d'épaisseur, aux plis articulaires, une éruption qui, plus tard, se généralise; peu marqués au début, ces caractères deviennent bientôt plus manifestes ; des bulles apparaissent, qui sont suivies d'une sécrétion abondante et d'une desquamation qui se prolonge pendant six semaines.

Par sa durée, ce pemphigus a été aigu ; chaque bulle avait une durée de quelques jours ; cependant, par leur succession, les bulles ont prolongé pendant près d'un mois cette première période de la maladie; par sa généralisation et sa desquamation, il s'est rapproché du pemphigus foliacé, mais ce dernier en diffère par sa marche beaucoup plus longue et par sa terminaison constamment mortelle.

Une anasarque sans albumine dans l'urine est survenue dans le cours de ce pemphigus copahique. Cette complication du pemphigus a déjà été signalée par M. Hardy, qui l'attribue à l'abondance soit du suintement, soit de la desquamation et à l'affaiblissement qui en est la suite.

Deux observations de pemphigus, par M. Malherbe (*Union méd.*, n° 39).

Ces deux observations vont nous montrer des cas remarquables de pemphigus : La première, un cas aigu produit par des frictions irritantes et terminé par la mort, ce qui n'est pas fréquent; la seconde, un cas chronique terminé par une per-

foration intestinale, accident rare, puisqu'il n'en est question ni dans l'ouvrage de Bazin, ni dans celui de Hardy.

Obs. I. — Une femme de quarante-six ans, domestique, un peu lymphatique, mais d'une apparence assez vigoureuse, éprouvait depuis quatre mois une démangeaison très-vive apparaissant le soir et se faisant sentir sur les membres et un peu sur le tronc. Un pharmacien lui ordonna des frictions avec une eau dont la composition est restée inconnue, et avec une pommade contenant, dit la malade, de l'essence de térébenthine.

Cette friction, qui fut assez douloureuse, fut pratiquée le 12 février, et le treizième jour de l'entrée de la malade à l'hôpital Saint-Louis, on la trouve couverte de nombreuses bulles de pemphigus d'un assez petit volume. Ces bulles couvrent les deux membres inférieurs et s'étendent un peu à la plante des pieds ; elles occupent aussi les membres supérieurs, la partie supérieure du cou et le menton ; il y en a très-peu sur le dos, la poitrine et l'abdomen. On en trouve sur aucune des muqueuses accessibles à la vue, ainsi que sur le front, la partie supérieure des joues et le nez. Les bulles des membres se succèdent avec rapidité ; lorsqu'elles crèvent, elles laissent échapper une sérosité assez fluide ; leur volume moyen est celui d'une amande ; quelques-unes sont un peu plus grosses. En même temps que ces symptômes cutanés, il y a un peu d'embarras gastrique, et le pouls s'élève à 112.

Le 18 février, la malade délire, tombe le 19 dans une profonde somnolence et meurt dans la nuit.

A l'autopsie, il y a de la congestion pulmonaire. Rien dans l'encéphale. Intestin grêle d'un rouge vif et présentant de nombreuses arborisations vasculaires dans toute sa moitié inférieure.

Obs. II. — Un homme de soixante-deux ans, blanchisseur, entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Guibout, le 31 juillet 1868 ; il présentait, lors de son entrée, un pemphigus aux deux jambes, et en même temps une bronchite chronique. Ce pemphigus s'améliora sous l'influence de moyens très-simples ; mais alors la bronchite sembla s'empirer, et M. Guibout, jugeant que la suppression du flux cutané n'était peut-être pas sans quelque influence sur cette aggravation de l'affection pulmonaire, laissa le pemphigus suivre sa marche naturelle pour s'occuper du catarrhe bronchique. Nonobstant, en février 1869, la bronchite s'aggrave, les membres inférieurs s'œdématient, et le malade meurt le 9 mars, après avoir eu quelques vomissements bilieux et avoir présenté un léger ballonnement du ventre sans aucune douleur.

A l'autopsie, épaississement des bords libres de la valvule uréthrale, lésions de la bronchite et de l'emphysème. Dans l'abdomen, une certaine quantité de pus dans les parties déclives du péritoine, et à 3 ou 4 centimètres de la valvule pylorique, trois petites ulcérations ; deux d'entre elles ont complétement perforé l'intestin. Quelques petites fausses membranes se trouvent au niveau des perforations ; elles ont dû retarder la généralisation de la péritonite ; c'est ce qui fait que les symptômes si caractéristiques de la perforation intestinale ont manqué.

On peut se demander si les trois ulcérations observées dans le duodénum étaient dues à un pemphigus de l'intestin, localisation qui a été admise par Alibert. Comme l'aspect de ces ulcérations profondes et peu larges ne rappelle en rien celui du pemphigus cutané, il est sans doute préférable, dit l'auteur, de les considérer comme analogues aux ulcérations intestinales qu'on trouve dans les brûlures étendues. Leur formation s'explique par une action réflexe qui cause un trouble circulatoire dans la muqueuse de l'intestin, et rend susceptible d'inflammation par le contact des substances irritantes cette muqueuse qui leur résiste si bien à l'état normal.

Tumeur du quatrième ventricule avec polyurie; syphilis viscérale; gommes diverses dans le cerveau; hémiplégie et mort, par M. le docteur Perroud (*Lyon médical*, n° 11).

Une femme de quarante-trois ans, de constitution médiocre, aménorrhéique depuis cinq mois, éprouve depuis cette époque une soif très-vive et boit jusqu'à dix litres par jour. En même temps survint une polyurie en rapport avec la quantité des boissons absorbées. Dans l'espace de cinq mois, la malade fait deux séjours à l'Hôtel-Dieu; et deux fois la polyurie et la polydipsie s'amendèrent, mais reparurent spontanément quinze jours environ après sa sortie de l'hospice, et toujours subitement comme lors de la première invasion du mal.

Au moment de son admission dans le service de M. Perroud, la malade rend en moyenne dans les vingt-quatre heures 7 litres 1/2 d'une urine claire, limpide, sans trace de glycose; anorexie, pas de constipation, pas de sécheresse très-prononcée à la peau, de coloration des téguments sans souffle vasculaire ou cardiaque, amaigrissement notable et faiblesse générale. A deux reprises différentes, céphalalgie occipitale qui a duré huit à dix jours. Souvent des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, un peu d'amblyopie.

La malade n'est pas interrogée au point de vue d'une syphilis antérieure, elle ne porte du reste aucune manifestation syphilitique appréciable.

Les alcalins, les opiacés, les amers et la valériane à haute dose (10 grammes d'extrait) n'amendent pas la polyurie. Sous l'influence d'un gramme de teinture de castoréum, la polyurie et la polydipsie diminuèrent rapidement, de telle sorte qu'après sept jours de l'emploi de ce remède la malade urinait seulement un litre et demi par jour, et la soif était complétement éteinte.

La malade quitte l'hôpital le 18 octobre, et prend une attaque apoplectique le lendemain. Elle rentre le 28 octobre dans le service de M. Perroud, dans l'état suivant : hémiplégie incomplète du côté gauche, intelligence très-affaiblie, décubitus dorsal, la tête et les yeux déviés à droite, urines abondantes et involontaires.

Cet accident s'aggravant peu à peu, le coma devient complet et la mort survient le 30 octobre.

Autopsie. — Dans l'hémisphère cérébral droit, au niveau de la scissure de Sylvius, vers le milieu de la seconde circonvolution frontale, et vers la circonvolution pariétale postérieure, on trouve les méninges indurées, et au-dessous d'elles on constate la présence de petites tumeurs de la grosseur d'un haricot, d'une petite noisette et d'une amande. La coupe en est d'un gris un peu rosé et présente quelques points jaunâtres où l'état caséeux est très-peu avancé. Les parties sous-jacentes de l'encéphale sont ramollies, d'un blanc un peu jaunâtre, et laissent suinter sur la surface de section une assez grande quantité de sérosité légèrement teintée en jaune.

Examinées au microscope, ces tumeurs se montrent composées presque exclusivement de petits noyaux arrondis de tissu conjonctif. Dans les parties périphériques, on trouve une assez grande quantité de corps fusiformes, et dans les points jaunâtres un grand nombre de granulations graisseuses sont

mélangées avec les éléments anatomiques et infiltrent la substance amorphe intermédiaire unissante ; quelques rares vaisseaux parcourent le néoplasme.

On trouve une quatrième petite tumeur sur la face interne de l'hémisphère gauche, au niveau de la partie moyenne de la circonvolution du corps calleux, et une cinquième dans la partie antérieure du lobule tonsillaire gauche du cervelet. Cette dernière tumeur de la grosseur d'un pois, ayant la même dureté et la même structure que les autres, est en rapport inférieurement avec la face postérieure du bulbe, ou plancher du quatrième ventricule, dans la moitié latérale gauche duquel elle a creusé une dépression manifeste.

Le foie, considérablement déformé, est réduit au tiers de son volume normal, et présente à sa surface de larges cicatrices, quelques-unes étoilées, qui s'avancent profondément dans le tissu hépatique et le divisent en lobules d'inégale grosseur. Le tissu hépatique est, à la coupe, d'un rouge acajou, il est dur, peu friable et un peu cirrhosé, mais ne contient aucune tumeur.

Que conclure d'un pareil fait? Et d'abord, l'aspect physique et la constitution microscopique de ces tumeurs portent M. Perroud à les considérer comme des gommes syphilitiques; un argument puissant à l'appui de cette manière de voir est fourni par l'aspect particulier du foie, et qui répond exactement à la description classique des foies syphilitiques.

Les symptômes cérébraux ont eu pour origine les gommes trouvées dans le cerveau, et l'hémiplégie gauche en particulier a été la conséquence des tumeurs de l'hémisphère droit, et de l'œdème des parties encéphaliques sous-jacentes.

Ce qui constitue le principal intérêt de l'observation de M. Perroud, c'est cette petite tumeur du lobule tonsillaire du cervelet, comprimant la partie supérieure du plancher du quatrième ventricule et ayant produit la polyurie par le même mécanisme que la détermine artificiellement M. Claude Bernard,

au moyen de ses piqûres expérimentales. Nous avons donc eu affaire, dit M. Perroud, à une syphilis viscérale, et nous regrettons que l'absence de renseignements et le défaut de tout accident spécifique pendant la vie ne nous aient pas autorisé à recourir aux mercuriaux et à l'iodure de potassium.

Nous savons que M. Icard, se trouvant en présence d'une polyurie observée sur une femme en puissance de syphilis, avait employé, mais sans succès, l'iodure de potassium. Éclairé par le fait de M. Perroud, M. Icard fit reprendre à la malade de l'iodure de potassium, mais à plus forte dose, et un succès complet vint couronner cette tentative.

Cas de variole avec récidive, par M. le docteur Weiss, à Munich.

Ordinairement la disposition à la variole s'éteint après une première infection ; comme les exceptions à cette règle sont fort rares, elles méritent d'être signalées.

Un petit garçon de cinq mois, robuste, né de parents vigoureux, allaité par sa mère, non vacciné, eut des boutons de varioloïde, surtout au front, sur les membres et sur la langue ; l'éruption était modérée et la fièvre peu intense ; l'enfant fut vacciné pendant l'éruption, mais sans succès, ce qui était facile à prévoir. La varioloïde eut une marche régulière et laissa des cicatrices à la figure ; la guérison fut complète et l'enfant devint fort et robuste.

Le 6 mai 1868 (cinq mois après la varioloïde), il fut revacciné; trois jours après, les pustules vaccinales étaient bien accentuées ; la fièvre fut intense, et le cinquième jour, le corps se couvrit de taches rouges qui se transformèrent en boutons et donnèrent de vraies pustules varioliques. Cette deuxième éruption fut beaucoup plus considérable que la première ; les pustules devinrent confluentes en plusieurs points ; il y en eut aussi sur la langue ; la fièvre était très-forte. Cette éruption

eut, comme la première, une marche régulière et laissa des traces; mais, cette fois, les cicatrices furent abondantes sur les membres et sur le tronc, tandis que la figure resta intacte, quoiqu'elle eût été couverte de pustules confluentes. La guérison fut complète.

Pendant ces deux atteintes, l'enfant fut nourri par sa mère âgé de trente-six ans; mais quoiqu'elle n'eût été vaccinée qu'une fois, elle ne fut pas infectée, tandis que le père, âgé de quarante ans et vacciné, prit une variole bien caractérisée dès la première atteinte de son fils. (*Wiener medizinische Wochenschrifft*, 1869, n° 34.)

Cas de scarlatine, de croup, de diphthérite et de parotidite, observés en même temps dans une maison, par M. le docteur Oewre (de Christiania).

L'auteur pense que ces observations pourront servir à éclaircir la parenté qui existe en ces affections.

Le 5 mai 1868, il fut appelé à voir une petite fille qui souffrait depuis le 3 d'un catarrhe bronchique avec fièvre intense, et chez laquelle il constata le 7 une éruption scarlatineuse généralisée; la toux et la difficulté d'avaler devinrent très-pénibles et les amygdales se recouvrirent d'une exsudation grisâtre, qui disparut bientôt sans avoir pris l'aspect diphthéritique. La desquamation de la scarlatine s'établit lentement.

Au même étage, en face, demeurait une famille dont les enfants vivaient d'habitude avec la petite malade. Le 18 mai, un de ces enfants, un garçon de sept ans, eut une diphthérite de la gorge et le lendemain un croup bien caractérisé; le 20 au soir, la trachéotomie fut faite, mais sans succès; l'enfant mourut.

Le 22, sa petite sœur prit la fièvre; les amygdales, rouges et tuméfiées, se recouvrirent le 23 d'un exsudat qui se laissait facilement enlever avec la pince, mais qui se renouvelait au bout de vingt-quatre heures. Guérison en quinze jours.

Le 26, la bonne de ces enfants eut une parotidite droite, et le 28 la mère une parotidite double, qui marcha rapidement; mais chez la bonne, le gonflement de la glande se maintient plusieurs jours et fut assez douloureux; vers le déclin de l'affection, la malade se plaignit de douleurs dans tout le sein gauche; on sentait facilement que la glande seule était affectée, car la peau était molle, insensible, et se laissait bien déplacer, tandis que la glande était très-tendue. Il se forma un abcès qui s'ouvrit, le 13 juin, dans le voisinage du mamelon.

Le 29 mai, un autre enfant, un petit garçon de quatre ans, devenu malade en même temps que sa mère et que la bonne, présentait une scarlatine bien manifeste; peu après il se forma au bras gauche un grand abcès phlegmoneux, qui fut ouvert le 10 juin; le 11, il y eut de l'œdème de la figure, puis d'autres signes d'hydropisie: l'enfant mourut le 21 au milieu de symptômes d'urémie.

M. Oewre pense que cette série de cas est due à un seul et même contage, sans qu'il puisse le prouver; pendant les épidémies de scarlatine, dit-il, on observe souvent de la diphthérite.

Quant à la parotidite, elle n'était alors que sporadique à Christiania; une infection venue du dehors était donc possible, mais non démontrée; il se peut qu'il y ait eu chez la mère et la servante qui soignaient ces enfants une maladie du sang, dont la parotidite fut l'expression localisée; les symptômes généraux passèrent inaperçus. D'ailleurs Rilliet relie la parotidite idiopathique aux maladies infectieuses, la regarde comme la manifestation locale d'une affection générale, et la compare à l'éruption cutanée dans les exanthèmes fébriles. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1869, nº 2.) A. Lorber.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME I

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

L

M

P

R

S

T

U

V

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.